



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – FOCO DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Maria Augusta Oliveira da Cunha Silva

Porto, abril de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – FOCO DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Maria Augusta Oliveira da Cunha Silva

Sob orientação: Professora Amélia Rego

Porto, abril de 2012

“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato.”

Florence Nightingale

Resumo

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do enfermeiro especialista. As competências inerentes ao cuidar especializado foram o fio guia para a análise da minha prestação em termos académicos. Este relatório pretende ser uma análise crítico-reflexiva de um momento de aprendizagem que decorreu nas unidades de cuidados intensivos de cardiologia e polivalente do Hospital de Braga, bem como um documento que sustente a minha aquisição de competências. Assim, identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica; refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica; explicitar vivências e experiências adquiridas ao longo dos momentos de prática tutelada e elaborar um documento que sustente a minha aprendizagem e evolução académica/profissional, cumprindo assim um requisito de avaliação da unidade curricular constituem os objetivos que delineei para este relatório. Para tal socorri-me da minha prestação e das minhas experiências e analisei-as à luz das competências inerentes ao enfermeiro especialista, promovendo também uma pesquisa bibliográfica que sustentasse teoricamente a minha prática. O relatório está dividido em duas partes, uma que retrata experiências à luz das competências base do enfermeiro especialista, e uma segunda que retrata as experiências e competências adquiridas no seguimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. A estruturação do mesmo pretende facilitar quer a minha própria análise das competências adquiridas, bem como a leitura e compreensão dos leitores. Segue uma metodologia expositiva. Socorro-me de vários documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros, pela Direção Geral de Saúde, bem como de outros artigos científicos para sustentar a minha prática e fundamentar teoricamente o relatório.

Adquiriti competências no campo ético, legal e de responsabilidade, bem como na gestão da qualidade e dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, a dinamização de respostas a situações de catástrofe e emergência multivítima e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção foram competências que demonstrei ao longo deste estágio e aqui se refletem. Contribui para a aprendizagem nos locais onde estagiei através de formações e trabalhos que disponibilizei, bem como através de discussões e conversas informais com os profissionais.

A abordagem pormenorizada de cada eixo das competências exigidas permite uma melhor compreensão e análise do meu percurso e da minha prestação, bem como a avaliação da sua concretização.

Abstract

The person in critical condition and/or organ failure constitutes the focus of nursing care specialist. The skills inherent to specialized care were the guide wire for the analysis of my performance. This report is an analysis of a critical-reflexive moment of learning that took place in cardiology and polyvalent intensive care units as well as a document that supports my skills. Identifying specific skills inherent in the nurse specialist in person in a critical situation reflect on the specific skills of specialist nurses and specialist nurses in nursing person in critical condition; explicit experiences acquired over the moments of practice and develop document to support my learning and academic progress / professional, are the objectives for this report. To that I speak about my performance and my experiences and analyzed them in light of the skills inherent to the nurse specialist, also promoting a bibliographic research that supported my practice. The report is divided into two parts, one dedicate to my experiences in light of the basic skills of specialist nurses, and a second that reflects the experience and skills acquired on the perspective of the nurse specialist in person in critical condition. The structure aims to facilitate my own analysis of acquired skills, as well as reading and understanding of readers. The methodology used is the exhibition. My report is based in several documents form Ordem dos Enfermeiros, Direção Geral de Saúde, and, other scientific articles. I got through this report skills and knowledge to care of the person in critical situation or critical organ failure.

I demonstrated skills in the ethical, legal and liability terms, as well as quality and care management and development professional's learning. The care of the person to experience complex processes of critical illness, the dynamics of responses to disasters and emergency multi-victim and the maximization of intervention in the prevention and control of infection are skills that I demonstrated throughout this stage and are reflected here. Contributes to learning in places where an intern through training and jobs made available, as well as through informal discussions and conversations with professionals.

A detailed approach for each axis of the skills required allows a better understanding and analysis of my journey and my performance as well as assessing their achievement.

Um projeto de graduação é sempre resultado de grande dedicação, esforço e disponibilidade. Conseguir realizá-lo é apenas possível graças à ajuda das pessoas que nos rodeiam e nos vão acompanhando ao longo deste caminho, dando-nos força para seguir em frente.

Deste modo sinto a necessidade de agradecer a todos que tornaram possível o culminar deste trabalho.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu marido, pela paciência demonstrada para comportar e partilhar os momentos de maior ansiedade, estando sempre presente e disponível para ouvir mesmo quando o desânimo e a vontade de desistir pareciam a ultima saída. E ainda por ter sido pai e mãe dos nossos filhos sem nunca reclamar.

Aos meus filhos Tiago e Joana pelo tempo que os privei de partilhar o seu dia-a-dia na minha companhia e juntos encontrar as melhores soluções.

À professora Amélia Rego pela orientação, paciência, dedicação e disponibilidade, pela confiança que depositou em mim, ao longo deste caminho nem sempre fácil.

Aos meus orientadores de estágio, pela forma como tornaram possível o meu crescimento como pessoa e como profissional.

Em forma de dedicatória quero agradecer a minha mãe que, embora não esteja entre nós sempre soube guiar os meus passos com a força serena dos seus exemplos.

Por último, resta-me agradecer a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto e para o meu crescimento de uma forma pessoal e profissional.

Um simples ... Obrigado.

Lista de Siglas

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

BIS – Índice Bispectral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral de Saúde

IACS – Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intra - Craneana

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System (Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas)

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

1	Introdução	7
2	A base da formação especializada em Enfermagem	10
2.1	Ética e responsabilidade – Pilares da prática profissional em Enfermagem.....	11
2.2	Qualidade dos Cuidados – A meta	18
2.3	A gestão como potenciadora de cuidados de excelência	25
2.4	A aprendizagem como desenvolvimento profissional	29
3	O cuidar da Pessoa em situação crítica – Mais-valias do Enfermeiro especialista	35
3.1	Pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica – o foco do cuidar.....	36
3.2	Catástrofe e emergência multivítima - da conceção à ação.	39
3.3	Prevenção e controlo da infeção – Uma realidade fulcral no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	41
4	Conclusão	44
5	Bibliografia	47

Anexos

Anexo I – Caracterização do Hospital de Braga

Anexo II – Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

Anexo III - Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Anexo IV - Trabalho sobre a “Dor”

Anexo V – Panfleto Sobre Ventilador Portátil

Anexo VI – Panfleto sobre Desfibrilhador

Anexo VII – Algoritmo do SAV

Anexo VIII – Trabalho sobre Balão Intra-aórtico

1 Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica, surge a necessidade de realização de um relatório final, que sirva de reflexão e análise crítica e global sobre o meu percurso em estágio no módulo III e II, respetivamente na unidade de cuidados intensivos de cardiologia (UCIC) e na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) do Hospital de Braga.

A base deste relatório é constituída pelos portfólios realizados nos referidos estágios, analisados à luz das diretrizes e indicações da literatura referente às competências e domínios do enfermeiro especialista. De referir que o curso comportava ainda um estágio na vertente de serviço de urgência, referente ao módulo I, o qual me foi creditado através do processo de validação e certificação de competências, previsto no artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006. Esta creditação teve por base a minha experiência profissional, ao longo de 14 anos nesta área, com a qual me deparo todos os dias na prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos/emergentes. Assim, este relatório também terá por base a minha experiência profissional.

O hospital de Braga, recentemente com novas estruturas, dá resposta a um grande número de utentes, principalmente em áreas específicas como a neurocirurgia, a cirurgia vascular, a cardiologia entre outras. Recebe doentes de Braga e de vários distritos adjacentes, que transferem para este na impossibilidade de resposta imediata ou direcionada. A UCIC recebe doentes com instabilidade hemodinâmica grave, com descompensação cardíaca, e dá suporte à sala de hemodinâmica do hospital, onde se fazem procedimentos como angioplastias, colocação de pacemaker. A UCIP é uma unidade médico-cirúrgica, ampla, moderna, com doze camas operacionais, com todas as condições para receber doentes em estado crítico e/ou falência orgânica. Recebe doentes no pós-operatório imediato de grandes cirurgias, da emergência intra e extra hospitalar, bem como de outros hospitais da área de influência.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é o foco dos cuidados de enfermagem, no que concerne à especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação crítica. Tendo como ponto de partida a experiência e competências fruto da minha prática diária como enfermeira, como especialista devo ser capaz de demonstrar, mobilizar e utilizar competências nas áreas da responsabilidade profissional, ética e

legal, na gestão da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, bem como a maximização da intervenção na prevenção da infecção perante a pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família são os alicerces da formação do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ilustrando as competências basilares da prática.

A teoria é indispensável à prática responsável e consciente, contudo, é na prática do quotidiano que cimentamos os conhecimentos e muitas vezes os mesmos são melhor compreendidos. Os estágios realizados possibilitaram-me o enquadrar de conhecimentos adquiridos ao longo das aulas, bem como a sua aplicação em contexto prático, com supervisão e tutoria. Foram momentos fundamentais para a aquisição de competências e capacidades inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

Este relatório pretende ser, mais do que uma descrição do meu percurso ao longo dos estágios, uma análise das competências esperadas à luz do caminho percorrido e da minha prestação enquanto aluna de especialidade. Pretendo refletir sobre o alcançar ou não das competências exigidas, mas também sobre alguns aspetos relacionados com o cuidar especializado e com a sua situação no contexto de trabalho.

Assim, para este relatório tenho como objetivos específicos:

- Descrever atividades desenvolvidas ao longo dos estágios efetuados, à luz das competências requeridas ao enfermeiro especialista;
- Demonstrar, através de análise crítica, competências próprias do enfermeiro especialista, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional;
- Identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista, e do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica;
- Explicitar vivências e experiências adquiridas ao longo dos momentos de prática tutelada;

— Elaborar um documento que sustente a minha aprendizagem e evolução acadêmica/profissional, cumprindo assim um requisito de avaliação da unidade curricular.

Orientado segundo as competências exigidas, este relatório encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pela reflexão referente à aquisição de competências referentes ao enfermeiro especialista, e a segunda dedicada à exploração das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Escolhi esta forma de apresentação do relatório pois consigo analisar melhor as minhas experiências e aquisições à luz do que é exigido a um enfermeiro especialista. Penso que com este tipo de organização a “história” do caminho percorrido fica mais coerente, e é mais facilmente perceptível.

Este relatório segue uma metodologia expositiva, com constante interlace entre as minhas vivências, as experiências e competências adquiridas, tendo como base a literatura, que desta forma suporta e sustenta a minha prática.

Para a realização do mesmo, baseei-me no meu percurso ao longo do estágio nas unidades de cuidados intensivos de cardiologia e polivalente, através da reflexão e descrição existente nos portefólios efetuados, bem como na análise de bibliografia, principalmente nos documentos emanados pela ordem dos enfermeiros no que respeita às competências dos enfermeiros especialistas, nomeadamente o modelo de desenvolvimento profissional e o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, bem como diversa literatura disponível nos sites da direção geral de saúde.

Através da realização deste relatório assimilei e cimenteie conhecimentos e competências, que de outra forma ficariam mais dispersas e menos “construídas” na minha cabeça. Refletir sobre a prática, seja sobre ações corretas ou não, leva a um crescimento pessoal e profissional. É a transformação do iniciado em perito.

Cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui uma realidade cada vez mais presente e desafiadora, sendo o foco de intervenção do enfermeiro especialista.

2 A base da formação especializada em Enfermagem

Falar de Enfermagem, é falar essencialmente de pessoas. Pessoas que vivem uma situação de alteração da estabilidade do binómio saúde/doença; pessoas que, por uma razão ou outra não conseguem, não podem ou não querem a satisfação das suas necessidades humanas básicas. É aqui que entra a Enfermagem, como resposta a esta necessidade, muitas vezes emergente, do indivíduo/pessoa/cliente.

A pessoa, conceito fundamental na disciplina de Enfermagem, é um ser complexo, bio-psico-socio-cultural e espiritual. Como ser uno e indivisível tem valores, crenças, personalidade próprios, e sofre a influência do ambiente que o rodeia. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, sendo necessário ter uma visão holística da pessoa, promovendo uma relação terapêutica sólida, para conseguir proporcionar cuidados de enfermagem com resultados positivos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos enfermeiros. Assim, com a necessidade de prestar cuidados de qualidade às pessoas, e cuidados mais especializados, diferenciados e direcionados, surgem as áreas de especialização em Enfermagem, que dotam o Enfermeiro de competências acrescidas, para o cuidar do doente numa fase da sua vida.

De acordo com Le Boterf (2002) citado por Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, pág.11), competência é “saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos, e capacidades perante uma situação concreta”. Ainda segundo a OE (2003, pág.16), na sua descrição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, competência é definida como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Ao enfermeiro especialista é-lhe exigido um aprimorar de competências a nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sendo estas competências a base da formação especializada em enfermagem.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) (OE, 2009, pág.10), as competências comuns a todos os enfermeiros devem ser demonstradas através da sua “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como “através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

A pessoa em situação crítica exige cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário aos enfermeiros o desenvolvimento de competências nesta específica área de atuação.

2.1 Ética e responsabilidade – Pilares da prática profissional em Enfermagem

“O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, trata-se do primeiro e porventura o mais importante dos direitos dos doentes, enunciando na Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005). Este deve ser o princípio base de toda a intervenção do enfermeiro. Não digo que seja colocado em questão no dia-a-dia, mas o constante evoluir de tecnologias e técnicas mais agressivas que prolongam a vida leva-nos a questões sensíveis como a distanásia, e por vezes, ao “esquecimento” da vontade da pessoa.

E como qualquer direito tem um dever inerente, aos profissionais de saúde é-lhes esperado que sejam éticos, responsáveis na sua prática, que atuem sobre as premissas do seu código deontológico.

Segundo Pires (2008, pág.2), “a ética em saúde visa essencialmente a qualidade dos cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem-estar ao doente, família e comunidade”. Durante o meu estágio tive sempre atitude e forma de agir respeitante da dignidade da pessoa, da sua individualidade, intimidade, bem como da família, incluindo-a nos cuidados quando era possível, ou esclarecendo-a e estando presente sempre que era solicitada.

Sinto que ao longo da minha vida enquanto profissional de enfermagem e agora como aluna de especialidade, as questões éticas estão presentes em todas as situações do quotidiano. Os princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde, são inerentes aos cuidados

de enfermagem. A perspetiva de qualquer erro provocar lesões num doente leva-nos a pensar e atuar de forma mais atenta. É por isso que experiência e competência, aliadas a sentido crítico produzem bons cuidados de enfermagem, seguros e responsáveis.

Como tenho vindo a referir, em todos os momentos da vida profissional e da vida académica estabeleci e adotei princípios éticos e morais com as pessoas alvo dos cuidados. Como enfermeira pautei sempre a minha conduta no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, crenças, individualidade, e quando me deparei com doentes inconscientes e que não podiam comunicar, em situações de emergência ou falência orgânica a minha forma de agir era idêntica, tendo em vista sempre o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade. Como enfermeira especialista possuo mais conhecimentos, mais experiência em diversas áreas, nomeadamente no cuidar ao doente em estado crítico, podendo melhorar e potenciar as minhas intervenções, tornando-as mais assertivas e empáticas. Demonstrei assim competências na gestão das práticas que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

O código deontológico dos enfermeiros (2009) é perentório no que concerne aos deveres dos enfermeiros, direitos dos doentes, e às diretrizes que devem ser seguidas. A responsabilidade é uma das premissas chave pois em vários artigos está enunciada, demonstrando-se por exemplo nas “decisões que o enfermeiro toma e pelos atos que pratica ou delega”, no “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa”; responsabilidade na escolha esclarecida, através da aplicação do consentimento informado, e responsabilidade no acompanhamento e encaminhamento da pessoa/família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença.

A responsabilidade reflete-se em variados aspetos, desde logo pelo cumprimento de horários, passando pelo assumir das ações e atitudes, bem como pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites das suas competências e do seu papel. A minha prestação durante os períodos de estágio foi sempre pautada pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade. O facto de ser tutorada podia ter diminuído a sensação da responsabilidade, facto que não aconteceu. O ambiente e equipa diferentes, os doentes instáveis, com necessidades específicas para as quais não estava familiarizada e não tinha resposta imediata e assertiva, levou a que a minha atitude fosse de constante confirmação com o tutor, quando algo suscitava dúvida. Com

o decorrer dos estágios o sentimento de confiança e de competência foi se aprimorando e instalando, fruto da evolução e da aprendizagem. Senti-me responsável pelos meus atos e penso que o transmiti na minha forma de estar e atuar, demonstrando também respeito pelos valores, crenças e decisões dos doentes/família.

O doente, como ser individual, único é dotado de um conjunto de valores, crenças que tem de ser respeitados e valorizados. Tem direito à sua individualidade, e essa individualidade tem de ser respeitada. Quando um doente entra proveniente da sala de emergência ou de um outro local, em situação crítica, é difícil pensar no que o próprio doente quer, quais as suas decisões no seu processo terapêutico. Esta situação acontece porque os profissionais de saúde estão muito vocacionados para o “salvar vidas”, esquecendo-se muitas vezes da opinião do doente, da vontade do doente e da vontade da família. Com o aprimorar dos meios de socorro e de emergência pré-hospitalar; com a resposta cada vez mais célere e eficaz às pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, muitas vezes não é possível saber no momento a vontade da pessoa. Se os familiares não estiverem presentes a situação acaba por ser ainda mais complicada. Como profissionais de saúde e profissionais da emergência, temos de utilizar todos os meios ao nosso alcance para manter as funções vitais do doente. No entanto, muitas vezes deparamo-nos com situações em que não era vontade da pessoa que se procedesse a essas intervenções. São situações, que na minha vida profissional já me deparei, e que me leva a pensar e analisar até onde podemos e devemos ir com a nossa intervenção. Desta forma, a minha experiência profissional e a adquirida em contexto de estágio no cuidar ao doente crítico possibilitou-me uma aquisição e consolidação de competências na promoção dos direitos humanos.

A intervenção do enfermeiro, muitas vezes em situações de stress e emergência, onde o limiar de vida/morte é muito ténue, deve ser sempre baseada numa tomada de decisão fruto da evidência, sustentada por conhecimentos e competências, pois só desta forma podemos falar em qualidade de cuidados. Tomar a decisão mais adequada na presença situações complexas nem sempre é fácil. Mais difícil é saber quais as probabilidades de obter resultados satisfatórios. A falta de dados e o tempo disponível são dois fatores que interferem na tomada de decisão clínica numa situação de emergência (Nunes, 2007).

É uma questão, a meu ver, fulcral e transversal a todos os locais de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No entanto, é essencial ter sempre em consideração a vontade e os valores do doente, mesmo que dessa vontade advenha um desfecho não desejável pela equipa de saúde. Foi um aspeto em que cimentei competências, pois ao longo do estágio tive a noção que justifiquei melhor as minhas intervenções, realizei-as de forma mais autónoma e fruto de uma decisão baseada em conhecimentos que adquiri. No cuidar ao doente crítico na UCIP, no final do estágio já conseguia gerir a medicação farmacológica que o doente tinha, de forma a estabilizá-lo, não sendo necessária a observação do médico. Refiro que não era alterações à medicação, mas o ajuste do ritmo da medicação infundida, mediante a estabilidade ou não que o doente apresentava. Desta forma demonstrei competências na tomada de decisão ética, numa variedade de situações da prática especializada.

A pessoa em situação crítica não existe sozinha. Tem consigo, maioritariamente, a família, que vivencia alterações, por vezes drásticas e dramáticas dos seus padrões habituais e muitas vezes do seu próprio estado de saúde. É inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar à família. É responsabilidade do enfermeiro que cuida de uma pessoa em situação crítica o apoio e acompanhamento à família. E este apoio deve ser realizado, e foi realizado por mim durante os estágios, de uma forma calma, ao “ritmo” da família se possível num ambiente acolhedor, sala própria que, infelizmente não existia nos locais por onde passei.

Muitas vezes, no cuidar à família principalmente em ambiente de cuidados intensivos, é difícil escolher as palavras, se é que as existem. A experiência diz-me que o silêncio pode ser um “arma”. É importante o estar presente, o fazer-se disponível, o estar disponível para uma conversa, ou apenas como presença. O facto de o familiar sentir que, caso precise, tem alguém presente para qualquer esclarecimento é base para uma relação terapêutica entre a família/enfermeiro.

As equipas com quem trabalhei demonstram grande preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família, integrando-a sempre que possível nos cuidados. A minha forma de agir e atitude foram de encontro. Senti que era ouvida, e que estava a proporcionar esclarecimentos importantes aos familiares, sentindo-os mais calmos. A aquisição de competências na relação com a família/doente é uma constante busca da perfeição por parte do enfermeiro, mas sinto que tenho vindo aprimorar,

principalmente com conhecimentos e experiências novas. Assim sendo, consolidei competências na assistência à pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença, bem como a sua inclusão nos cuidados. Aprimorei competências na admissão, colheita de dados ao doente ou família caso possível, completando uma parte essencial do processo de enfermagem, realizando entrevistas a seis famílias. Assisti a pessoa/família no decurso das perturbações emocionais que sofrem quando lhe é diagnosticado algo para o qual não possuem informação. Forneci informação e expliquei tudo o que se passava com a pessoa. Senti que estas explicações tranquilizam a família, pois ficam esclarecidas e sentem-se integradas no processo terapêutico do doente. Aquando da necessidade de cuidados pós-alta, como a necessidade de próteses, reabilitação, equipamentos adaptativos, encaminhei da melhor forma o doente e a família, minimizando sentimentos de angústia e elucidando que há muito a fazer pelos doentes, e que o tratamento nunca acaba findando o internamento. Adotei uma postura de disponibilidade e esclarecimento, permitindo o desenvolvimento de competências na vertente da relação com o doente, do respeito e da responsabilidade pelo mesmo e pela sua família.

Apesar do doente ter direito à visita dos seus familiares, os horários nas unidades de cuidados intensivos (UCI) são bastante rígidos e estreitos. Havia sempre flexibilidade por parte dos profissionais, caso fosse possível. Mas apercebi-me que é um dos fatores gerador de stress nos familiares/visitas. No entanto, conhecendo a dinâmica e o trabalho nas UCI, reconheço que é difícil uma gestão do tempo de permanência das visitas. Contudo, sempre que possível tentava que os familiares tivessem o máximo contacto com o doente, muitas vezes, em conversação com a equipa, conseguindo uma alteração esporádica do horário de visita para determinado familiar que não podia vir a outra hora.

Quando penso em ética nos cuidados como pilar das competências do enfermeiro, penso em respeito. O “respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” enunciado nos princípios gerais do Código Deontológico (2009) reflete-se no respeito pela individualidade, pela diferença, pela autonomia, pela privacidade. Nas minhas ações, penso em “fazer” aos outros, aquilo que gostaria que me fizessem – ou seja, os cuidados de enfermagem prestados devem ter como base a empatia como princípio fundamental. Colocando-me na posição de doente, num ambiente estranho, com pessoas estranhas, numa situação de vulnerabilidade, imagino os sentimentos de impotência,

frustração e por vezes ansiedade e tristeza. Cabe ao enfermeiro, estabelecendo uma relação terapêutica, atenuar estes sentimentos. Deve informar o doente do local onde está, de tudo o que o rodeia, das intervenções/procedimentos que lhe vai executar, pedir a sua autorização. Só desta forma conseguimos respeitar a pessoa, permitindo o direito à sua autodeterminação, ou seja, direito a aceitar ou não as nossas intervenções, fazendo-o de uma forma esclarecida, não sujeita a qualquer tipo de pressão. Ao longo dos estágios tive em consideração este aspeto, a meu ver, importantíssimo, quer a nível da UCIC, quando da execução de procedimentos, como por exemplo, realização de angioplastias, colocação de pacemaker, colocação de balão-intra-aórtico. Na UCIP, devido à especificidade de grande parte dos doentes estarem sedados, não interagindo, não era comunicado ao próprio a realização dos procedimentos, contudo, para procedimentos mais invasivos, como a traqueostomia, era pedido autorização à família. Nestes doentes, impossibilitados de comunicar sobrepõe-se o princípio da beneficência e da não maleficência, tendo sempre em consideração o bem maior para o doente. Estes princípios, que foram a base durante séculos da medicina, dizem respeito respetivamente ao prevenir o dano ou o mal, promovendo o bem do doente, e o não fazer dano ou mal ao doente. (Acher *et Al* , 1996). A aplicação destes princípios salvaguarda a prestação de cuidados dos enfermeiros, respeitando o doente. Em cuidados intensivos assistimos a intervenções que podem por em questão o princípio da não maleficência, contudo a ponderação entre o bom, aquilo que se pretende, e o mau ou tolerado é a chave para a resolução desta equação. A forma de agir das equipas e dos profissionais com quem contactei e na qual me integrei segue estes princípios, pelo que fundamentei e assimilei competências com base nesta prática de respeito pela pessoa. Tive em atenção o facto de manter as cortinas corridas, de manter os doentes menos expostos, mesmo quando tinham febre, colocando algo a tapar o tronco e região pélvica/genital, principalmente durante a hora das visitas, pois os familiares denotam preocupação com o facto de o seu familiar estar demasiado exposto. Estar desperta para estes aspetos contribuiu para o aprimorar de competências a nível do respeito, da responsabilidade e concomitantemente da legalidade das minhas ações.

É necessário haver muito respeito e senso ético na prestação de cuidados a pessoas que não podem sequer comunicar a sua dor. O observar constante do doente e dos seus parâmetros vitais, ajuda e é essencial ao cuidar mais humanizado e ao intervir mais rapidamente em questões tão básicas como o controlo da dor. Aprendi e evolui

muito neste aspeto, ao aperceber-me de situações importantes no respeito pelo doente inconsciente e que não exprime a sua vontade. Utilizei as várias escalas de análise da dor (presentes no anexo IV) e socorri-me da pesquisa que fiz sobre esta temática para adquirir competências teóricas e fundamentá-las na prática. Geri a analgesia prescrita, potenciando bem-estar ao doente. Na UCIP, os doentes estão maioritariamente com analgesia contínua, o que facilita o controlo da dor, no entanto aprimorei e fiquei mais atenta a sinais e sintomas que alertem para o facto de o doente ter dor ou não.

O saber-estar nesta profissão não se aprende de um dia para o outro. É algo que se constrói, que se evolui, que se desenvolve. No entanto é algo indispensável ao cuidar com qualidade, e inerente ao respeito ético pela pessoa que se cuida. Os domínios dos saberes cognitivos, práticos e atitudinais, respetivamente o saber-saber, saber-fazer, e saber-ser/estar estão intrinsecamente ligados à conduta de enfermagem, e só com o aprimorar dos mesmos se consegue cuidados de enfermagem com responsabilidade, respeitando a pessoa em toda a sua individualidade e unicidade. (Miranda, 2010). Ter em consideração todos estes aspetos na prática diária e na nossa formação é essencial para que os cuidados e a sua qualidade sejam asseguradas, tendo sempre em vista o bem-estar do doente, e a dignidade enquanto pessoa. Durante os estágios tive uma atitude própria de um elemento em aprendizagem, externo ao serviço, tentando não ser um obstáculo mas sim alguém com quem poderiam contar. Investiguei e debrucei-me sobre temas sobre os quais não possuía conhecimentos ou não eram suficientes, e desta forma adquiri competências próprias de um enfermeiro especialista.

O aprimorar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência, da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados, resultando num aumento da capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática, e tendo em consideração as suas vontades, crenças e valores.

A ética e a responsabilidade, princípios inerentes e constituídos no código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidar humanizado em enfermagem, sendo os pilares da prática da profissão.

2.2 Qualidade dos Cuidados – A meta

Qualidade em saúde. A que nos referimos quando dizemos que prestamos cuidados de qualidade? Será a qualidade de cuidados quantificável, ou será subjetiva e interpretada de diferente forma por diferentes pessoas?

São questões que me coloco, fruto da vivência durante os meus anos de trabalho e deste período de estágio em locais diferentes do meu local quotidiano. Contudo, desde há vários anos que ouvimos falar da importância dos padrões de qualidade, e dos parâmetros definidos pela OE para tal, pois só assim se consegue ver o reflexo na melhoria ou não dos cuidados de enfermagem.

O conceito qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), DGS e OE. A nível nacional, segundo a alçada da DGS, o departamento para a qualidade na saúde identifica a necessidade da implementação de medidas que visem a qualidade dos cuidados de saúde, a sua monitorização, tendo como principal missão “Promover a melhoria contínua da qualidade.”.

A qualidade não é tarefa fácil de definir, principalmente no âmbito da saúde, uma vez que este conceito é em grande parte subjetivo, tal como o conceito de saúde.

De acordo com Ribeiro “no âmbito dos cuidados de saúde, a qualidade, segundo a Associação Internacional de Epidemiologia, é considerada como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer outra forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes”. Seguindo o pensamento do mesmo autor, pode significar ainda o grau de adequação ou excelência alcançada na execução de ações e serviços, medido através da comparação entre os resultados esperados e os realmente obtidos.

Desta forma, todos os profissionais de saúde tem de incutir no seu trabalho, individualmente ou em equipa, normas e ações que fomentem, estimulem e maximizem a qualidade dos cuidados.

É importante assumir que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, por isso “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos

enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, pág.4).

A gestão da qualidade é um domínio fulcral nas competências do enfermeiro especialista. Segundo o MDP (2009) o enfermeiro especialista deve ser um dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica, parte integrante nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados, programas estes que ajudam à criação e manutenção de ambientes terapêuticos e seguros.

Como aluna da especialidade tive oportunidade de observar a minha tutora a desempenhar este domínio das competências do enfermeiro especialista. Não é fácil, quando se tem o mesmo número de doentes para prestar cuidados estar desperto e ter tempo para analisar e dedicar-se a programas, ou intervenções que visem a gestão da qualidade. No entanto, com a sua ajuda e apoio consegui identificar e analisar áreas em que existia falta de informação por parte dos profissionais e assistentes operacionais, resultando em temas que poderíamos abordar em pequenas formações. Assim, realizei uma pequena formação sobre teste do ventilador portátil (anexo V), com realização de um panfleto; uma outra sobre o manuseamento, funcionamento, teste e registo do desfibrilhador (anexo VI). Realizei pesquisa bibliográfica sobre a pertinência do uso de heparina nos cvc aquando da sua não utilização prolongada, ficando o trabalho para averiguação da equipa. De referir que muita da pesquisa efetuada sobre vários temas foi-me pedida pelos profissionais para que eles próprios pudessem reavivar os seus conhecimentos. Desta forma potencieei a qualidade dos cuidados e contribui para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa. Demonstrei assim competências na iniciação e participação em projetos da área da qualidade.

O doente crítico, devido à sua instabilidade precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância rigorosa e apertada. Nas unidades de cuidados onde realizei a minha aprendizagem clínica a existência de protocolos e de normas potenciavam a uniformidade no cuidar, a distribuição de papéis, a verificação de todo o material que é necessário ao doente, promovendo assim uma maior organização do serviço, dos cuidados, minimizando o erro, e contribuindo assim para a qualidade.

Quando se “gere” para a qualidade dos cuidados, tudo deve ser previsto, e a partir dessa análise prévia, realizar intervenções e ações, potenciando o correto funcionar desta “máquina” de muitas engrenagens, a que chamamos “qualidade”. É necessário,

através da prática quotidiana, do que se faz bem e do que surge de errado, adotar comportamentos diferentes, de mudança, de evolução, protocolando intervenções, uniformizando cuidados, partilhando experiências, diminuindo riscos, tornando os cuidados próximos da excelência. Na UCIC e UCIP tive oportunidade de consultar variados protocolos pois estas unidades apresentam-se bem organizadas neste aspeto. Tive oportunidade de analisar e aplicar protocolos de cuidados pré e pós realização de cateterismo cardíaco com a prevenção da nefropatia por contraste; protocolos de administração de insulina em perfusão contínua; protocolos de colocação, manutenção e remoção do balão intra-aórtico, entre outros mais conhecidos do meu quotidiano de trabalho no serviço de urgência.

Durante o estágio na UCIP compreendi que tudo era antecipado e preparado para a receção do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os profissionais sabiam o que tinham de fazer. Desde o contacto prévio para receção de um doente, à preparação da unidade, com a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente, bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, tudo isto são ações que estimulam a qualidade. Tive oportunidade de preparar a unidade para o doente, com a realização de todas as intervenções protocoladas acima descritas, colmatando na admissão propriamente dita do doente, a sua estabilização, e registos. O enfermeiro especialista é parte integrante na realização destes procedimentos e da sua aplicação.

Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, braço da DGS, as infeções associadas aos cuidados de saúde são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. O contacto estreito entre os profissionais e a comissão de infeção permite um atualizar constante dos procedimentos e das normas. Concomitantemente com o atualizar surge o relembrar, em contexto de prática diária, que deve ser realizado por todos os profissionais entre si, mas principalmente pelos enfermeiros especialistas que detêm competências específicas para tal. Tive oportunidade de aplicar as normas de controlo de infeção, que na UCIP compreendiam o uso de máscara, bata, touca e luvas sempre que eram prestados cuidados diretos ao doente. A lavagem e desinfeção das mãos antes e após contato com o doente foram um aspeto sempre tido em conta por mim, e por toda a equipa de enfermagem, havendo desinfetante de base alcoólica em dois pontos da unidade do doente. A UCIP dispõe de

quatro isolamentos, com antecâmara para a preparação da entrada no quarto de isolamento, com pressão negativa, e com lavatório próprio. No entanto não é possível fazer despejos da bacia da água após cuidados de higiene, e a saída do doente para realização de algum exame tem de ser feita pelo interior da unidade, não existindo circuito alternativo. No que confere ao circuito de lixos, inteirei-me do mesmo, e tive oportunidade de o relembrar em momento oportuno a vários profissionais. Os serviços são visitados por vários profissionais de outras áreas, como da manutenção, sendo necessário relembrar a estes profissionais a necessidade das medidas do controlo de infeção, aspeto que foi reforçado por mim. Apercebi-me que na UCIC existia falta de conhecimento por parte das assistentes operacionais na limpeza e desinfeção do laringoscópio, tendo sido colmatado este aspeto com a elaboração de um protocolo a seguir. Desta forma dei resposta à competência referente à criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro bem como da gestão do risco ao nível das unidades funcionais.

O evoluir dos cuidados de saúde e a manutenção e preservação da vida está intrinsecamente ligado ao aumento das técnicas invasivas. À parte de todo o risco resultante das infeções adquiridas nos cuidados de saúde (IACS) (daí a necessidade de cuidados especiais), à toda a necessidade de conhecimentos específicos para lidar e manusear a tecnologia que rodeia o doente sem o por em risco. O estudo, atualização, formação e discussão constantes são necessários. Na UCIP, a quantidade de dispositivos invasivos aumenta muito o risco de infeção. Tive sempre em consideração aspetos importantes no manuseamento dos dispositivos intravasculares, dos drenos, e da técnica asséptica na aspiração de secreções. A lavagem da cavidade oral é efetuada várias vezes por dia, de forma a evitar infeções, ficando desperta para este aspeto deveras importante.

É importante ter a noção que nenhum profissional é detentor de todo o saber. Todos juntos pensam e fazem melhor. Aprendi muito com as pessoas com as quais lidei, mas sei que também aprenderam comigo. Juntos tornam-se mais forte e mais capazes. É o mais um exemplo do lema “o todo é maior que a soma das partes”. E mais uma vez, o enfermeiro especialista, através dos seus conhecimentos pode ser uma mais-valia na partilha de conhecimentos, no divulgar de experiências, no estabelecer estratégias, prioridades e oportunidades.

A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente, e aos profissionais.

O processo de enfermagem sustenta a prática dos enfermeiros e consiste na “história” do doente. Desde a admissão, com a avaliação inicial, o formulário de diagnósticos, de intervenções, passando pela sua implementação e posterior execução, todas as etapas deste processo são base para a avaliação da qualidade dos cuidados. “Bons” cuidados devem ser refletidos em “bons” registos, refletindo-se assim em qualidade de cuidados. Não podemos argumentar que temos qualidade de cuidados e que temos ganhos em saúde se não documentarmos as nossas intervenções e resultados. O enfermeiro especialista, como dinamizador, deve estimular a equipa à realização de planos de cuidados sempre atualizados e pertinentes. Tive oportunidade de desenvolver competências ao nível do processo de enfermagem, pois realizei a admissão e avaliação inicial ao doente, muitas vezes com informações provenientes do cuidador, formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a sua aplicação e observação dos resultados. Este registo era efetuado a nível informático. No que concerne ao registo dos parâmetros vitais, na UCIP era efetuado numa folha A3 com variada informação, desde parâmetros ventilatórios, função hemodinâmica, avaliação neurológica, avaliação metabólica, eliminação variada, atitudes farmacológicas e não farmacológicas, balanço hídrico, medicação pontual, registo de dispositivos e feridas do doente, bem como data de realização de pensos e troca de dispositivos invasivos. A folha de registo era um “mar” de informação, que tinha de ser bem organizada e gerida, mas que transparecia o doente nas vinte e quatro horas. Não foi fácil habituar-me a este registo pormenorizado, mas foi uma evolução constante e com sucesso. Consecutivamente dei resposta à competência inerente à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes estrutura, processo e resultado. A avaliação da qualidade depende do conhecimento e da análise dos cuidados de enfermagem, nomeadamente de todo o seu processo, desde a avaliação inicial até a avaliação dos resultados obtidos. Como enfermeira especialista tive contacto com todo o processo do doente, adotei uma postura crítica na atualização e estruturação do mesmo, e avaliei os resultados das intervenções implementadas. Consegui identificar melhorias a realizar tendo em vista o bem-estar do doente, como por exemplo o diminuir do ruído e da luminosidade que diminuía o stress ao doente, bem como a gestão mais eficiente da analgesia minimizando a dor ao

doente. Só com uma noção estreita de todo o processo de enfermagem conseguimos ver a sua importância na promoção do bem-estar do doente.

No hospital onde realizei estágio o plano de cuidados é, como já referi, sob registo informático, GLINT®, respeitando no entanto o processo de enfermagem. Era comum o relembrar da enfermeira chefe para a pertinência da atualização constante dos planos de trabalho, pois só assim, havia uma justificação efetiva do trabalho de enfermagem, dos resultados obtidos e dos ganhos em saúde conseguidos para o doente.

O método de trabalho preconizado na UCIP é o de enfermeiro de referência, por isso sempre que o enfermeiro recebe o doente fica responsável por ele. Sempre que está a trabalhar fica encarregado dos seus cuidados. Desta forma existe uma continuidade de cuidado e um conhecimento mais aprofundado do mesmo. É difícil ter uma noção exata de todos os doentes internados num serviço, desde a sua história de saúde, antecedentes, história familiar. Assim, é mais assertivo e facilitador de cuidados de qualidade, ter uma “relação” diferente, mais direcionada e mais profunda em relação a uma determinada pessoa. Propicia melhores cuidados à família, pois grande parte das vezes já conhece o enfermeiro, sentindo-se mais à vontade para partilhar os seus sentimentos e permitir-se questionar o que quiser. Segui os doentes de referência do meu tutor, e consegui aperceber-me da continuidade de cuidados que acontece com este método de trabalho, pois tinha uma noção mais exata do percurso do doente, e das suas características. Como aluna foi ainda mais facilitador, pois tinha oportunidade de me debruçar sobre aspetos específicos, estudar em casa, e no dia seguinte saber como atuar. Assim, desenvolvi competências ao nível da incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

A criação de um ambiente terapêutico e seguro é uma das áreas de incidência das competências do enfermeiro especialista. Contudo, um doente em estado crítico, com instabilidade hemodinâmica precisa de cuidados mais continuados e presenciais que um outro doente, numa enfermaria, por exemplo numa vigilância pós cirúrgica. Isto leva-me a falar em dotações e rácios de enfermeiros. Um problema que já não é novo e com a crise económica tende a agravar. É um problema que o enfermeiro especialista tem de ter presente e que tem obrigação de ajudar a encontrar soluções.

A dotação nos cuidados intensivos é de um enfermeiro para dois doentes, o que permite uma gestão eficaz grande parte das vezes dos cuidados, havendo no entanto um espírito de equipa e de ajuda que só potencia a qualidade.

O enfermeiro especialista intervém na dinâmica dos cuidados, tentando organizar e distribuir os enfermeiros pelos doentes e pelos cuidados necessários. Apercebi-me deste aspeto pois muitas vezes, em casos de alguma instabilidade e “agitação” da unidade eram um elemento mais experiente que organizava e orientava a equipa, levando-a a bom porto. Tive oportunidade de observar e dar opinião na formulação do plano de trabalho para o turno seguinte. Apercebi-me que não é fácil, sendo por vezes difícil uma distribuição equitativa da carga de trabalho, no entanto, o facto de haver uma equipa pressupõe algum trabalho em conjunto, facto que também era tido em conta aquando da elaboração do plano.

Ao enfermeiro especialista é também exigido mais atenção e dedicação à formação em serviço, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um, trazendo-as para a partilha com a equipa. Deve estimular a equipa, de uma forma global, ou individualmente para a participação e elaboração de normas e protocolos que uniformizem os cuidados e que minimizem conflitos e ações diferentes, e que ponham a qualidade dos cuidados em causa. Quer na UCIP como na UCIC tive oportunidade de estimular a formação, quer de uma forma formal ou informal, aquando da passagem de turno ou mesmo durante o turno de trabalho. Fi-lo relativamente ao monitor desfibrilhador, ao algoritmo do suporte avançado de vida (anexo VII), à utilização dos números de emergência do hospital, e ao funcionamento da equipa de emergência que dá apoio. Na UCIP foi detetada uma necessidade de formação relativa aos doentes com traumatismo craniano, não havendo tempo para a realização da formação, ficando apenas a sugestão da mesma. Soube que essa formação foi realizada posteriormente, aquando do reforço da equipa por elementos novos. Desta forma evidenciei competências ao nível da dinamização no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação.

Gerir para a qualidade apresenta-se como uma necessidade ao nível dos cuidados de saúde, ainda mais nos dias que correm. Hoje pedem para fazer melhor, com menos. O enfermeiro especialista, como detentor de competências específicas nesta área pode e

deve constituir uma mais-valia na gestão dos cuidados de saúde, com qualidade. Essa sim, deverá ser sempre a meta dos profissionais – gerir, mas com qualidade.

2.3 A gestão como potenciadora de cuidados de excelência

Como já foi evidenciado anteriormente, a gestão está implícita nos cuidados de variadas formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos, humanos ou materiais.

Segundo dicionário português gerir está intrinsecamente relacionado ao administrar, dirigir, regular. Assim, a gestão engloba estratégias e normas que potenciam algo, neste caso, os cuidados de saúde, e a prestação dos enfermeiros. Com todas as reformas estruturais e orçamentais que o país enfrenta, e concomitantemente o sistema nacional de saúde, é exigido ao enfermeiro que a sua atividade seja “produtiva”. Inerente ao conceito de produtividade temos os conceitos de eficácia e eficiência. Segundo Soares (2007) “eficiência é a relação entre os custos e os resultados, ou seja aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. (...) a eficácia pode ser definida com o alcançar dos objetivos, em relação às metas propostas.”

Assim, ao enfermeiro é requerido que seja eficaz, ou seja, que atinja as metas e resultados preconizados, o bem-estar e a satisfação do doente. Mas é também exigido que seja eficiente, fazendo mais com os mesmos recursos, ou fazendo o mesmo, utilizando menos recursos disponíveis. Como enfermeira com experiência profissional, e como aluna apercebo-me desta necessidade por parte dos enfermeiros. É assim importante desenvolver a nível individual estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Devido aos meus anos de experiência, é à diversidade dos meus locais de trabalho e agora de estágio, tive necessidade de desenvolver competências no que concerne à gestão dos meus cuidados, quer do tempo, materiais ou prioridades. Trabalhar em urgência e emergência intra e extra-hospital exige-me tais competências. Tenho de aliar a eficácia e a eficiência à minha prestação. Tenho a noção que tenho de fazer o melhor, atingir o objetivo das minhas intervenções, no menor espaço de tempo, e com o mínimo de recursos. Possuía já competências a este nível, mas aprimorei-as e desenvolvia-as para um campo mais direcionado à gestão de um serviço, de uma equipa,

otimizando competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

O enfermeiro especialista, para além da gestão dos seus cuidados disponibiliza assessoria aos restantes enfermeiros, bem como à enfermeira chefe, caso necessário. É uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções.

A gestão não é uma função única e exclusiva da enfermeira especialista ou da enfermeira chefe. Nas suas intervenções, o enfermeiro tem de estabelecer e selecionar, materiais, recursos, tendo em consideração aspetos teóricos, individuais do doente, disponibilidade de materiais e muitas vezes o custo desses materiais. Por isso a gestão dos cuidados, está inerente à profissão de enfermagem. Contudo, à medida que crescem competências, aumentam responsabilidades. Daí o enfermeiro especialista ser responsável pela gestão de cuidados mais globais, dentro da equipa, atuando quase como dinamizador. Muitas vezes é o enfermeiro especialista que assume a função de responsável de turno, tratando-se questões burocráticas como pedidos de farmácia extra. Distribui os doentes pelos enfermeiros, tendo em atenção não apenas a questão numérica mas também o grau de dependência, instabilidade e ausências de serviço por exemplo para realização de exames complementares de diagnóstico. Como já referi, tive oportunidade de, conjuntamente com o enfermeiro tutor realizar a distribuição dos doentes pelos enfermeiros, fazer os pedidos extra necessários, resolver questões burocráticas que existiam. Uma boa gestão na distribuição dos cuidados minimiza sobrecarga de trabalho, sentimentos de revolta da equipa, e maximiza qualidade de cuidados. Apesar da minha experiência me dotar de algumas competências nesta área, a observação e participação direta em diferentes equipas, com métodos e formas de trabalho diferentes permitiu-me abrir horizontes e acrescentar competências às que já possuía. A aprendizagem também se faz por um reciclar de competências, e da aquisição de outras novas.

A enfermeira chefe é a responsável máxima dos cuidados de enfermagem prestados num serviço, devendo ter a noção global de tudo o que se passa com os seus “subordinados”. Durante o meu estágio na UCIP ou na UCIC tive oportunidade de conhecer de perto o trabalho da enfermeira chefe na gestão de uma unidade. Da gestão de recursos materiais de aprovisionamento e de farmácia, até à gestão de recursos

humanos com a realização de horários, passando pela implementação de normas e procedimentos, como ao esclarecimento dos profissionais, tudo isto passa pela enfermeira chefe. Acompanhei a enfermeira chefe da UCIC e da UCIP durante algum tempo e tive oportunidade de ver métodos de trabalho diferentes, que conduzem a resultados idênticos. Realizei horários, e confirmação dos mesmos pelo sisqual. Verifiquei que não é fácil a realização de horários pois é necessário ter sempre um elemento mais experiente na equipa de forma a manter a estabilidade da mesma. Realizei em conjunto, os pedidos extra necessários, como o arranjo de equipamentos, pedidos extra de limpeza da unidade. Na UCIP organizei três salas de forma a tornar mais acessíveis os materiais. Apesar de o meu estágio ser restrito à UCIP, como a enfermeira chefe é a mesma tive oportunidade de assistir a uma auditoria no serviço de neurocríticos, participando também na sua otimização. Tive oportunidade de acompanhar a transferência da UCIC do hospital velho para as novas instalações e toda a operação de gestão e logística que decorreu. Foi sem dúvida uma grande oportunidade. Na UCIP sugeri a criação de uma sala para as visitas, mas não foi possível porque a única disponível não tinha as mínimas condições preconizadas. Assim, as visitas ficam na sala de espera, e quando é necessário um espaço mais íntimo e isento de barulho utiliza-se o gabinete médico ou sala de reuniões. Através destas ações consegui dar resposta às competências de otimização do trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, e de adaptação do estilo de liderança, adequando a um clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Assim, da enfermeira chefe partem diretrizes que põem a “máquina” dos cuidados a funcionar. Se as suas peças (enfermeiros) estiverem “afinadas”, tudo corre bem, e o resultado final é o esperado. Quando o resultado final não é o esperado, é sua função limar arestas, ver onde as “engrenagens” estão a funcionar mal e tentar “repara-las”. É um processo difícil, mas inerente a um processo de liderança, que por sua vez é inerente ao processo de chefia, que está ligado à gestão. Gerir é ser líder.

Para Dias (2001) existem tantos conceitos de liderança quantas pessoas que se debruçam sobre esse assunto. Assim, segundo o mesmo autor, “mais importante que a interpretação organizada e sistemática da liderança como conceito, é fundamental compreender que a liderança influencia de facto os processos e as dinâmicas de um grupo.” Por conseguinte, um líder tem de ter consciência e conhecimento do grupo que

tem pela frente, das suas características, das suas capacidades e das suas competências, da forma como gostam de ser abordados e estimulados, para, através de estratégias dirigidas e fundamentadas levar o grupo aos resultados esperados e preconizados.

Ser líder é saber motivar, é conhecer o grupo e guiá-lo. Contudo, as pessoas trabalham melhor e de forma mais eficiente quando estão motivadas, quando os assuntos ou os temas lhes dizem algo. A motivação, segundo Dias (2001, pág.81) citando Luthans (1998) “é um processo que se inicia com uma necessidade, ou deficiência fisiológica ou psicológica, que ativa um comportamento ou impulso que se direciona para um meta ou incentivo.” Um enfermeiro chefe, ou enfermeiro especialista, que muitas vezes é um líder tem de ter noção das motivações do grupo, pois só desta forma o consegue levar a atingir os resultados esperados. Um exemplo fulcral é a formação em serviço. A formação em serviço deve partir de uma necessidade detetada pela equipa, e não porque é preciso ou é imposta fazer. É por isso que o enfermeiro especialista, de acordo com as suas competências é um gestor de conflitos, um dinamizador, e um gestor de cuidados. Como aluna não desenvolvi competências no que concerne à liderança, pois não é papel de uma aluna liderar algo mas sim ser liderada. No entanto, possuo fruto da minha experiência competências a este nível, tendo sido melhoradas e aprimoradas no contato com a enfermeira chefe e as suas ações. Contudo, assumo como asseguradas competências na orientação e supervisão de tarefas delegadas, garantindo segurança e qualidade aos cuidados.

O que aprendi com a minha observação de perto com a enfermeira chefe é que gerir não é só organizar e manter a “máquina” a funcionar. É preciso “justificação de produção”, ou seja, é necessário apresentação balanceada entre o que é necessário, a matéria-prima e os resultados esperados. O resultado esperado é o bem-estar, a reabilitação do doente. Tudo o que utilizado como forma de atingir esse fim, desde meios materiais ou humanos tem de ser bem justificado, é uma exigência cada vez mais evidente e patente no quotidiano de quem gere. É o aliar da eficácia à eficiência. Os cuidados de enfermagem espelham-se em resultados de enfermagem, fase final do processo de enfermagem. É assim importante gerir resultados e números. Saber quantos doentes existem, quantos são transferidos, as camas que são requeridas para receber doentes. Tudo isto tem de ser contabilizado. O índice de intervenção terapêutica (TISS) efetuado na UCIP é uma forma de espelhar em números o tempo necessário para cuidar de um doente em específico. É realizado diariamente e referente às vinte e quatro horas

anteriores. É juntamente com os indicadores de qualidade analisados periodicamente por uma equipa de enfermeiros externos aos serviços que os cuidados de saúde são avaliados. O número de úlceras de pressão, o número de doentes com infeções adquiridas nos cuidados de saúde, o número de quedas, são indicadores precisos e quantificáveis dos cuidados de enfermagem, que tem de estar presentes em todos os profissionais.

Tenho noção que a gestão de cuidados não é uma tarefa fácil, e neste momento constitui um desafio ainda maior tendo em consideração toda a conjuntura que o país atravessa. Mas aprendi também que o espírito de equipa, aliada a uma gestão competente e presente, que dialogue e que sirva de ponte na equipa multidisciplinar, consegue atingir com sucesso cuidados de excelência. Afirmando, mais uma vez, que a gestão é transversal à prestação de cuidados por todos os enfermeiros, contudo, as competências adquiridas na especialidade dotam o enfermeiro especialista, e dotaram-me de mais formas e meios de lidar com situações mais imprevisíveis.

Desta forma, como enfermeira especialista desenvolvi competências e conhecimentos que me permitem uma gestão de cuidados, que potencia a excelência dos mesmos.

2.4 A aprendizagem como desenvolvimento profissional

Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos como pessoas, como profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

A constante evolução observada a nível tecnológico nas áreas da saúde, e a inesperada produção sistemática de novas evidências exige um constante acompanhamento dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências. Só assim é possível realizar cuidados de forma atual, segura, e competente. A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber-ser, saber-fazer, mas também do saber-saber.

A minha prática e experiência profissional prévias dotaram-me de competências e saberes que não posso desprezar. Assim, ao longo dos módulos práticos contatei com situações para as quais já detinha competências para, mas deparei-me com muitas outras situações em que tive de aprender e atualizar conhecimentos. É importante ter a humildade e a retidão de dizer “não sei”, “nunca fiz”, “não percebo, tenho de investigar melhor esse aspeto”, pois só assim crescemos enquanto profissionais. Só assim desenvolvemos o autoconhecimento e a assertividade.

De acordo com o MDP (2009), onde são explanadas as competências a desenvolver pelo enfermeiro especialista, este deve desenvolver competências que lhe permitam enriquecer o seu nível de conhecimentos, pois só assim baseia a sua prática especializada em sólidos e válidos padrões de cientificidade. Contudo, é requerido ao enfermeiro especialista que, através das suas competências, influencie de forma positiva e construtiva a equipa, motivando e esclarecendo-a, gerindo conflitos, partilhando experiências e estimulando a formação e a aprendizagem individualizada.

Como já referi, as unidades de cuidados intensivos são locais onde existe a mais diversificada tecnologia para apoio à situação crítica em que o doente se encontra, e como tal, é necessário possuir competências acrescidas para manusear e utilizar corretamente estes dispositivos, e estar atento a alterações e flutuações das funções vitais que o doente possa sofrer. Através do contato direto com doentes com utilização de balão intra-aórtico, pace-maker interno ou externo, revascularização do miocárdio através de colocação de próteses, técnica dialítica, pressão intra-abdominal, índice bispetal, pensos de vácuo, adquiri competências inerentes a estes cuidados específicos. Desde a compreensão do funcionamento dos dispositivos, à sua utilização, vigilância, e principalmente à observação dos sinais e sintomas que os mesmos podem provocar no doente, todos estes aspetos que me enriqueceram do ponto de vista cognitivo e de aprendizagem são importantes para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, nomeadamente na prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Assim, ao longo dos estágios nas duas unidades tive necessidade de fazer pesquisas bibliográficas e sínteses de forma esclarecer conceitos, adquirir conhecimentos e saber aplicá-los. Saliento a pesquisa sobre a estrutura, organização e missão das unidades de cuidados intensivos bem como o papel da equipa de enfermagem, conceitos de fisiopatologia vários, cuidados de enfermagem específicos ao doente em situação crítica, coronário, cirúrgico ou médico, bem como as intervenções e cuidados a prestar a

doentes submetidos a cateterismo ou angioplastias. Aquando da passagem pela UCIC tive necessidade de me debruçar de forma bastante incisiva sobre a interpretação dos traçados eletrocardiográficos, pois é essencial o seu conhecimento e interpretação para o despiste rápido de qualquer alteração. Conteí com a experiência e conhecimentos da equipa e da minha tutora para adquirir e compreender melhor o “mundo” da eletrocardiografia. Realizei também um trabalho sobre o balão intra-aórtico (anexo VIII) pois senti necessidade de maior aprofundamento deste tema, indo de encontro às necessidades do serviço e da equipa. Tive oportunidade de presenciar e colaborar nas intervenções do enfermeiro no laboratório de hemodinâmica, estando desde já consciente das atitudes e vigilâncias necessárias, e de todo o processo ao qual o doente é submetido, maximizando os meus cuidados na pós-intervenção. Só com a pesquisa e aquisição de conhecimentos novos sinto que adquiri competências específicas para cuidar de doentes em situação crítica e ou falência orgânica. Com estas ações e experiências demonstrei competências na detenção de um elevado consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro bem como no suporte da minha prática clínica na investigação e no conhecimento.

A aprendizagem pode ser efetuada de variadas formas de acordo com as várias correntes da psicologia, no entanto elas complementam-se, pois aprender não é algo fácil e linear. Aprendemos desde que nascemos, de uma forma inata. Contudo, ao longo do desenvolvimento, através de mecanismos de modelação, de motivação, de tentativa/erro, adquirimos e desenvolvemos competências. Competências essas que divergem de pessoa para pessoa, pois cada pessoa é um ser individual, que cresce e se desenvolve em ambientes diferentes, com diferentes estímulos e experiências. (Vila, Diogo, Viera, 2009)

Existem pontos na aprendizagem que podemos facilmente adquirir e apreender através da pesquisa, da discussão com um elemento da equipa, da experimentação. Contudo, existem outros, que só mesmo a experiência, e muitas vezes nem a própria experiência consegue colmatar, ficando um sentimento de alguma frustração. A comunicação com o doente ventilado e acordado é um desses pontos da aprendizagem, difícil de atingir. Deve constituir o aspeto onde tive, e senti que a própria equipa por vezes também o tem, dificuldade em ultrapassar. Aprendi e experimentei formas de comunicação diferentes, desde o potenciar da linguagem gestual, escrita. Aprendi que muitas vezes não é possível compreender a pessoa, mesmo pedindo colaboração a

outros profissionais. No entanto, a obrigação do profissional é que tal situação não aconteça. Os enfermeiros são por si inovadores e persistentes, e desde quadros com letras, a comunicação por gestos ou por códigos tentam estabelecer contato com os doentes. Senti que é importante a colaboração em equipa, nomeadamente neste aspeto da comunicação pois, muitas vezes, só em conjunto é possível compreender a pessoa e satisfazer as suas necessidades. É sem dúvida alguma um aspeto muito importante na relação entre o profissional e o doente, e onde a sua compreensão pode influenciar de forma muito positiva o evoluir da sua situação, proporcionando maior grau de satisfação. Sei que foi um aspeto difícil na minha evolução, mas neste momento posso garantir que estou mais capaz e possuo competências para comunicar com um doente ventilado, possuindo estratégias e formas de agir diferentes. Consegui assim demonstrar competências na gestão das respostas, e elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Falar de aprendizagem não é falar apenas de aquisição de conhecimentos e conceitos. Aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas no seio de uma equipa é essencial.

Intrinsecamente ligado ao facto de cuidar da pessoa em situação de emergência está a rapidez de atuação, pois da resposta proporcionada e célere poderemos ter um desfecho mais ou menos positivo. O facto de lidarmos com situações de risco de vida imediato, onde a instabilidade hemodinâmica dos doentes é o dia-a-dia, e o número de aspetos em que temos de pensar e analisar ao mesmo tempo é grande, provoca um elevado nível de stress profissional, podendo levar, caso não exista mecanismos de escape, a um cansaço, a sentimentos de impotência, impaciência e frustração. Durante o período de estágio presenciei algumas PCR e tive oportunidade de poder contribuir com a minha experiência para o desenrolar dos acontecimentos de forma positiva. A minha experiência diária dota-me de competências nesta área que acaba por transforma-se numa mais-valia numa equipa com menos experiência. Assim, com a minha intervenção consegui otimizar as respostas e potenciar a qualidade dos cuidados, e partilhar experiências posteriormente. Tive também oportunidade de realizar transporte de doentes intra-hospitalar, o que não constitui uma situação nova para mim. Assim, contribui para uma seleção do que é indispensável levar, o que é indispensável verificar, como o nível da bala de fornecimento de oxigénio, o nível da bateria dos aparelhos eletrónicos, bem como o compilar da medicação que possa vir a ser necessária, bem

como o sempre necessário insuflador manual. Consegui assim ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Segundo Grazziano e Ferraz (2010, pág.1) “o burnout é reconhecido como risco ocupacional para profissionais da área da saúde, educação e serviços assistenciais, levando ao adoecimento físico e psíquico e comprometimento dos resultados de trabalho”. A constante instabilidade dos doentes, as situações de PCR eminentes, as situações de emergência que obrigam literalmente a correr com o doente para a sala de hemodinâmica ou para o bloco operatório, bem como os transportes “críticos” para unidades de cardiotorácica, são situações de elevado nível de stress físico e psicológico. Senti esta sensação de stress por parte das equipas com quem privei, e para os quais tentei arranjar estratégias de escape e partilha de algumas experiências que já vivenciei e me deram alguma “bagagem” neste aspeto.

É importante que o enfermeiro especialista desenvolva mecanismos que impeçam ou minimizem situações de burnout, e que esteja desperto para sinais que evidenciem situações semelhantes na sua equipa, instituindo medidas para que estas se alterem, falando com os profissionais, desenvolvendo terapias de grupo, como a partilha de experiências, de sentimentos e expectativas.

Constatai que a acrescentar ao aspeto referido anteriormente, o facto de as unidade de cuidados intensivos serem locais com barulhos constantes, resultantes dos alarmes das diversas máquinas, dos vários profissionais a falar, associado à luminosidade artificial constante, desgasta e potencia as atitudes de impaciência e aumenta o stress. É importante que na dinâmica da equipa haja um bom ambiente de trabalho, sem conflitos, e com estratégias de escape. Constitui um aspeto de desgastante para os profissionais mas também para os doentes. O barulho e a luminosidade artificial constante é um aspeto muito apontado pelos doentes. Identificar causas do mau estar dos doentes é uma competência do enfermeiro especialista, e contribui para encontrar soluções que melhorem e otimizem o tempo de internamento dos doentes. Durante os estágios sugeri a redução da luminosidade quando esta não era necessária, bem como dei a primazia à luz natural ou à luz de presença. O diminuir do volume do toque do telefone e do nível da voz aquando das passagens de turno e ou conversas entre colegas foi um outro aspeto que tive em consideração e que a equipa acolheu de forma muito calorosa e entusiasta.

Tenho de referir a necessidade constante de adaptarmos a nossa forma de estar à pessoa/família que está à nossa frente. Tive contacto com pessoas de vários estatutos socioeconómicos e culturais, e a minha atuação tinha de ser dirigida. Assim, a forma como explicava a situação clínica do doente, como fazia os ensinamentos, a forma de abordagem era diferente de pessoa para pessoa. O esclarecer e explicar os procedimentos que muitas vezes são complexos à pessoa/família, tornando-os fáceis de entender diminuía a sensação de ansiedade, constrangimento e medo. Fortaleci competências na área do saber estar, da relação interpessoal e estabeleci verdadeiras relações terapêuticas com o doente/família.

Por conseguinte, o desenvolvimento de aprendizagens profissionais é essencial a todo o processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, pois dota-o de instrumentos que potenciam os seus cuidados, influenciando e orientando os elementos da equipa, e servindo de ponte e ligação entre a equipa multidisciplinar. O conhecimento é uma arma, preciso é saber usá-la.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais assegura práticas seguras, de qualidade e contribui para um desenvolvimento profissional e pessoal.

3 O cuidar da Pessoa em situação crítica – Mais-valias do Enfermeiro especialista

O aparecimento, cada vez mais frequente, de doenças com início súbito e de crónicas que agudizam, bem como aumento do número e da gravidade dos acidentes, da violência e das situações de catástrofe, conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade.

No seguimento desta necessidade por parte dos cuidados de saúde, é emergente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros detenham competências e capacidade para lidar com estes doentes. Por conseguinte, face a esta realidade, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2011) emanou padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Assim, segundo esta entidade, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011, pág.3).

Consequentemente, o foco da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é, mais que a monitorização e observação constantes, o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; considera-se também a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima bem como a maximização da intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil, como grandes áreas de intervenção do enfermeiro especialista.

Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

3.1 Pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica – o foco do cuidar

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/doença é o foco a intervenção do enfermeiro. No entanto, as alterações que podem ocorrer numa pessoa são de variada índole. A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, competências específicas para lidar com as situações emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, abarcando a própria pessoa e a família, que acaba por vivenciar alterações no seu quotidiano e também da sua própria saúde. (OE, 2011).

Senti que ao longo do meu estágio, quer na UCIC quer na UCIP desenvolvi competências no cuidar da pessoa em estado crítico. Não é de um momento para o outro que alguém adquire competências, mas depois de assimiladas e compreendidas, a experiência acaba por cimentá-las e aprimorá-las. Comparativamente com o início do estágio, no final sentia-me muito mais capaz no que respeita à observação e antecipação de alguma instabilidade por parte do doente, à compreensão das necessidades dos doentes, estando atenta a sinais que refletissem, por exemplo dor no doente que não comunica, bem como no lidar com a família, que na maioria das vezes se sente “perdida”, desanimada, confusa, e que só precisa de uma palavra de esclarecimento, de uma presença, de companhia, mesmo que seja em silêncio. Manusear a tecnologia e tudo aquilo que mantém o suporte vital do doente é necessário e obrigatório ao enfermeiro que trabalha com a pessoa em situação crítica, mas integrar a família/ ente querido nos cuidados exige muitas vezes mais perícia, paciência, empatia e revela-se mais complexo. Por conseguinte, consegui corresponder às competências referentes à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família, bem como no estabelecimento de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, principalmente em situações de alta complexidade do estado de saúde da pessoa.

Segundo a DGS (2003, pág.5) unidades de cuidados intensivos “são locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais”. A sua

prática assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e tecnológicos), assegurados em função das necessidades dos doentes, vinte e quatro horas por dia.

Como já referi, a tecnologia numa unidade de cuidados intensivos rodeia o doente, o enfermeiro e toda a equipa. A monitorização eletrocardiográfica e das funções vitais de forma contínua, o suporte ventilatório, a alimentação entérica e parentérica, os dispositivos invasivos como cateteres arteriais e centrais, algália, drenos vários, técnica dialítica contínua, monitorização da PIC e BIS, balão intra-aórtico, tudo isto é monitorizado, analisado e registado. Atualmente a medicina e a tecnologia conseguem suportar quase todas as funções vitais da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, e para tal é necessário que o enfermeiro substitua a pessoa na realização das suas necessidades humanas básicas, e que proporcione conforto, vigilância e respeito pela sua integridade enquanto pessoa individual e pelos seus direitos. Todos os procedimentos realizados como posicionamentos, aspiração de secreções, colheita de espécimes para análise são registados. Demonstrei assim competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. O enfermeiro responsável pelos cuidados a uma pessoa em situação crítica tem de ter uma “ginástica” mental para que nada falhe. Esta “ginástica” mental é sustentada por competências que o enfermeiro deve possuir, nomeadamente o enfermeiro especialista.

Assumo que o primeiro impacto com estes doentes é assustador. Mesmo tendo alguma experiência com doentes emergentes, a realidade é totalmente diferente. No entanto, a sensação de “medo” e de expectativa inicial deu lugar à sensação de confiança e de capacidade para cuidar a pessoa em situação crítica. Reitero que as competências desenvolvidas e requeridas aos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa crítica são fundamentais e fulcrais para o sucesso e qualidade dos cuidados efetuados, e confirmo que consegui atingi-las quer do ponto de vista teórico, com a aquisição de novos conhecimentos, como do ponto de vista prático, com o manuseamento dos diversos dispositivos, estando atenta a tudo aquilo que rodeia o doente, estando atenta ao doente e as suas manifestações, sinais e sintomas.

Torna-se evidente que cuidar da pessoa em situação crítica exige competências a nível cognitivo, do autoconhecimento, ou seja, a pessoa tem de possuir conhecimentos específicos e usá-los em prol do bem-estar do doente; tem de possuir competências

relacionais, de liderança e de interajuda pois o trabalho é realizado em equipa, e em qualquer momento precisamos do colega de equipa que está ao nosso lado, e muitas vezes, em situações de PCR é necessário ser o líder da equipa. A assertividade e a empatia tem de estar, na minha opinião, sempre inerentes ao cuidar em enfermagem, pois só compreendendo a posição do outro conseguimos cuidar verdadeiramente. Nas situações emergentes como o caso de PCR senti-me dentro da equipa, e senti que podia apoiá-la com os meus conhecimentos e prática, mas também me sentia apoiada. A minha experiência providenciou-me mais à vontade e facilidade neste campo.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa crítica (OE, 2011) evidenciam categorias de enunciados descritivos que devem ser do conhecimento quer do enfermeiro que presta cuidados quer da pessoa/família, alvo dos cuidados. Assim, através das competências que lhe são exigidas, o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional. Durante o meu estágio, as minhas intervenções foram de encontro a estes enunciados preconizados, onde a satisfação do cliente era o objetivo máximo das minhas intervenções, e para tal potencieei a sua colaboração nos cuidados e o seu esclarecimento; a promoção da saúde foi mais explorada na UCIC, aquando da alta/transferência, onde elucidei sobre comportamentos corretos a adotar, cuidados a ter, sendo esta informação providenciada ao cliente e à família sempre que possível. A prevenção de complicações assim como o bem-estar e o autocuidado foram situações que tive sempre presente nas duas unidades, pois cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação implica uma realização por parte do enfermeiro de todos os autocuidados, pois a pessoa é dependente em grau elevado para os mesmo, promovendo sempre o seu bem-estar prevenindo assim complicações, quer sejam elas do ponto de vista hemodinâmico, infeccioso ou relativo à imagem corporal e alteração da mesma. Por exemplo em doentes com balão intra-aórtico estimulei a realização de exercícios musculo-articulares ativos dos membros inferiores, de forma a manter o tónus muscular e a diminuir complicações vasculares e tromboembólicas. Desta forma demonstrei competência no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa e família.

A aquisição de competências que visem o cuidar eficaz e com qualidade à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica não é um processo linear e simples. Requer conhecimentos teóricos sobre vários temas, requer

experiência, requer olhar clínico, requer sentido crítico, requer capacidade de gestão, de liderança, de relação. Só assim é possível crescer enquanto enfermeiro e enquanto profissional.

Cuidar de pessoas em situação crítica revela-se assim uma realidade diferente na esfera do cuidar em enfermagem e exige aos profissionais que aí exercem a sua prestação de cuidados conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas, onde, a partir da sua intervenção, pode decidir ou conduzir o rumo ou o desfecho de uma pessoa.

3.2 Catástrofe e emergência multivítima - da conceção à ação.

O cuidar da pessoa em situação crítica revela-se por vezes difícil, e onde é necessário competências e conhecimentos específicos. Quando falamos em catástrofe, é falar em várias pessoas em situação crítica. É colocar os cuidados a que estamos habituados a prestar a um nível exponencialmente superior, dependendo do tipo de catástrofe.

Catástrofe é definida no artigo 3º da lei nº 27/2006, de 3 de julho, como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas (...) (OE, 2011, pág.2). Quando existe uma catástrofe em território nacional, a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) é a entidade responsável pela organização e gestão dos acontecimentos. Se dessa catástrofe resultarem vítimas, entra em funcionamento o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e os demais serviços de saúde.

Os enfermeiros, como parte integrante dos sistemas de saúde constituem a linha da frente, juntamente com outros profissionais, no cuidar da pessoa em situação de emergência.

Emergência constitui uma “situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que, afetando-lhe ou podendo potencialmente afetar algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida” (OE, 2009, pág.2). Desta

forma, a atuação das equipas de emergência ou dos enfermeiros que lidam com doentes em estado crítico tem de ser imediata, segura e sem muita margem para hesitações.

Segundo o MDP (OE, 2009) um enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deve demonstrar competências na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, planear as respostas concretas e gerir cuidados perante pessoas em situação de emergência multivítima e catástrofe.

Este objetivo não foi inteiramente concretizado por mim, no que concerne à vertente da ação. No entanto, para aprimorar competências neste ponto pesquisei e inteirei-me do plano de catástrofe implementado no hospital, bem como de algumas das diretrizes emanadas pela ANPC.

Por conseguinte, como enfermeira especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica tenho de possuir conhecimentos sobre como atuar em situações de catástrofe e emergência multivítima. Um dos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica concerne à organização dos cuidados especializados (OE, 2009), onde refere que o enfermeiro especialista deve conhecer a existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas, e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoas em situação crítica, promotoras de qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítima.

No que concerne ao método de triagem e à seleção e abordagem hierarquizada das vítimas em situação de multivítima, socorro-me da minha experiência profissional para potenciar e revelar competências nesta área específica. A minha vida profissional tem sido centrada nos cuidados ao doente urgente e emergente. Trabalho em contexto do serviço de urgência e na equipa de apoio pré-hospitalar – INEM. Recorrendo às minhas experiências e situações vividas em contexto de urgência, e analisando à luz destes novos conhecimentos e competências, consigo assimilar de uma forma mais real e frutífera as competências exigidas a um enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, principalmente em situação de catástrofe ou multivítima.

Felizmente as situações de catástrofe e multivítima não são o quotidiano dos serviços de emergência, contudo, é essencial estar preparado e ter competências para

agir no momento certo, de forma certa. É necessário que tudo esteja concebido e treinado antecipadamente para a ação ser eficiente.

3.3 Prevenção e controlo da infeção – Uma realidade fulcral no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O cuidar da pessoa em situação crítica exige cada vez mais tecnologia e com isso técnicas e procedimentos invasivos, que se por um lado mantém e são o suporte vital do doente, por outro aumentam em muito o risco de infeção. Os procedimentos invasivos como a ventilação invasiva, com consequente aspiração de secreções, a utilização de dispositivos intravasculares como os cateteres venosos centrais e os cateteres arteriais, cateteres de hemodiafiltração entre outros, são riscos potenciais para o doente. A imobilização, quase obrigatória como no caso dos politraumatizados com atingimento cerebral e vertebro-medular, a antibioterapia e a terapêutica imunossupressora constituem vários aspetos que concorrem para o aumento do risco infeccioso por parte dos doentes em unidades de cuidados intensivos.

Segundo dados do Relatório Inquérito de Prevalência de Infeções (DGS, 2010) a taxa de prevalência de infeção nosocomial era de 11,7% em 9,8% dos doentes sendo que a taxa de prevalência de infeção na comunidade era de 22,5% em 22,3% dos doentes. Os serviços que apresentam taxas mais elevadas são os cuidados intensivos, os serviços cirúrgicos e hematologia/oncologia. Estes valores estão diretamente associadas à idade e tempo de permanência no hospital. Ainda de acordo com este relatório, os principais fatores de risco extrínseco foram a presença de dispositivos invasivos.

Quando falamos de IACS referimo-nos a “infeções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados” (DGS, 2008, pág.5).

Assim, é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre normas de prevenção e controlo de infeções.

Ao nível das unidades de saúde, é através das comissões de controlo de infeção (CCI) que se faz a interligação com as instituições superiores, e se implementam normas

e regras para uma cultura do cuidar em segurança, quer para o doente quer para os profissionais, prestadores de cuidados (PNCI, 2008).

Por conseguinte, é essencial que toda a equipa que presta cuidados ao doente e que sustenta a dinâmica da unidade tenha noções corretas e sempre presentes dos mecanismos de controlo de infeção. Desde médicos, enfermeiros, outros técnicos, passando pelas assistentes operacionais que tem um papel importante na limpeza e desinfeção das unidades, até à equipa de limpeza, todos tem um papel ativo.

De acordo com o MDP (OE, 2009), o enfermeiro especialista tem de possuir noções concretas e fundamentadas das medidas de controlo de infeção, servindo de ponte muitas vezes entre a comissão de controlo de infeção, e os elementos da equipa multidisciplinar. Deve conhecer e fazer instituir, passando informação e corrigindo em situações de incumprimento, as normas preconizadas pela instituição para o controlo da infeção em meio hospitalar.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011), a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados constitui um enunciado descritivo, no qual o enfermeiro especialista deve adquirir competências e pautar a sua intervenção. A sua função deve incluir participação na conceção e na definição de estratégias do plano de controlo de infeção a implementar no seu local de trabalho, bem como a liderança e a capacitação dos outros profissionais da importância do cumprimento e do respeito pelas regras de controlo de infeção.

Como parte integrante da equipa enquanto aluna da especialidade teve oportunidade de conhecer e partilhar experiências com a equipa de controlo de infeção, e perceber a sua importância e atuação. A sua articulação com o serviço funciona através de um elemento dinamizador das normas e medidas de controlo de infeção que passa pela utilização dos equipamentos de proteção individual sempre que se presta cuidados diretos ao doente; a utilização de normas de assepsia quando se realiza procedimentos invasivos; a correta seleção e encaminhamento dos lixos, através de circuitos próprios e bem definidos, bem como a utilização correta dos isolamentos. Na UCIP os doentes fazem rastreio para microbiologia através de zaragatoas nasal e retal quando entram e há suspeita de infeção.

Como enfermeira possuía conhecimentos sobre as normas de prevenção das infecções nosocomiais, contudo, através da reflexão e observação da dinâmica entre a unidade de cuidados intensivos e a comissão de controlo de infeção, compreendi e assimilei competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista que poderei por em prática na minha prestação diária.

Neste momento posso dizer que conheço, e tenho conhecimentos sobre o plano nacional de controlo de infeção e das diretrizes das comissões de controlo de infeção, podendo fundamentar e melhorar a minha prática, contribuindo para a realização de procedimentos específicos nesta área e estar mais desperta para problemas e dúvidas que outros profissionais possam demonstrar. Através destas ações tento ir de encontro às competências exigidas ao enfermeiro especialista no que concerne à conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção e à liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção.

As infeções nosocomiais ou as IACS são uma realidade bem patente nos cuidados de saúde, e a nossa estratégia de atuação deve ser também real, direcionada e incisiva. A prevenção e o controlo são o melhor caminho, uma vez que minimiza os riscos para o doente, para os profissionais e também diminui os gastos em saúde. É assim uma realidade fulcral no cuidar da pessoa, principalmente da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

4 Conclusão

Este relatório constitui um “diário” da minha prestação e percurso em estágio nas unidades de cuidados intensivos de cardiologia e polivalente do Hospital de Braga. E como em qualquer diário, não é apenas uma descrição dos acontecimentos mas uma constante reflexão pessoal e uma análise crítica das minhas perspetivas e objetivos. Durante a realização deste relatório apercebi-me que ao longo do período de estágio aprendi e desenvolvi muito enquanto profissional e pessoa, e só quando me sentei a escrever, revendo a minha prestação à luz das competências inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, adquiri verdadeiramente a noção da minha evolução.

Os locais escolhidos para estágio revelaram-se ótimos campos de aprendizagem pois prestam-se “verdadeiros” cuidados a pessoas em situação crítica. Os dois campos de estágios complementaram-se. A unidade de cuidados intensivos de cardiologia não tem doentes ventilados, mas possuí doentes muito instáveis do ponto de vista cardíaco, com necessidade de técnicas de suporte avançado e constantes “visitas” à sala de hemodinâmica. A unidade de cuidados intensivos polivalente está “recheada” de técnicas invasivas e da necessidade de cuidados emergentes, com doentes de cariz médico, cirúrgico ou ambos, permitindo um contato com a realidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Consciencializei-me das competências requeridas ao enfermeiro especialista, nomeadamente ao especialista em pessoa em situação crítica. Não quero com isto dizer que não tinha noção das mesmas, mas quando me debrucei efetivamente sobre a minha prestação e comparei com as expectativas, foi como que tudo se tornasse mais claro e mais compreensível. Sei agora que evolui como enfermeira, e que desenvolvi competências em áreas que não possuía. Encontro-me neste momento mais desperta aos problemas e questões éticas e de responsabilidade profissional, bem como às questões da gestão da qualidade e dos cuidados. Aprender foi a palavra-chave de todo o meu estágio. Dotou-me de competências a vários níveis. Sinto-me mais consciente e capaz de detetar e gerir questões de ordem ética e moral, bem como definir prioridades e responsabilidades. A qualidade é um aspeto fundamental aos cuidados, pois cada vez mais são exigidos cuidados de qualidade e os profissionais tem o dever de providenciar cuidados de forma consciente, atualizada e o mais competente possível. Gerir esses

mesmos cuidados é um desafio constante que tive oportunidade de presenciar. Gerir uma equipa, um serviço, com todas as exigências da atualidade não é fácil. Exige destreza, conhecimentos e bom senso. O acompanhamento da enfermeira chefe deu-me oportunidade de entrar nesse pequeno mundo, para o qual é necessário grande competência, liderança e ponderação. Desenvolvi competências ao nível do cuidar à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, com a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, com necessidade de técnicas invasivas e monitorização constante. É uma realidade diferente e onde só o trabalhar diário e a observação constante permitem um cimentar de competências. Consegui também desenvolver competências inerentes à prevenção e controlo da infeção através da interação constante entre os vários profissionais responsáveis por esta área nos serviços e hospital onde estagiei. No que concerne à dinamização de respostas em situação de catástrofe e emergência multivítimas socorro-me da minha experiência de urgência e emergência pré-hospitalar para dar resposta a esta competência específica do enfermeiro especialista.

Apesar de ter aprendido muito, fica a sensação que muito se pode fazer no nosso local de trabalho, e espero puder vir a concretizá-lo. Mesmo não exercendo oficialmente funções de especialista, sinto necessidade em utilizar as minhas competências para melhorar os cuidados prestados por mim, e consequentemente pela equipa onde me insiro.

Aprender é inerente ao ser humano, e posso dizer, especificamente ao enfermeiro. Ao longo da nossa prática deparamo-nos com evoluções constantes da tecnologia às quais temos de nos adaptar. Este estágio contribuiu para um desenvolvimento enorme das minhas aprendizagens em contexto profissional. Do tanto que aprendi espero puder aplicar no meu contexto de trabalho, uma grande parte.

Consigo neste momento do meu percurso académico identificar e compreender as competências inerentes ao enfermeiro especialista e refletir na sua pertinência para os cuidados de enfermagem especializados. Os objetivos preconizados no início deste relatório foram o meu guia orientador e tenho a sensação que os atingi, pois o relatório está efetuado à luz das competências requeridas ao enfermeiro especialista, com momentos de pesquisa, reflexão, e descrição de experiências. Penso que ilustra de uma forma coerente o meu percurso ao longo dos estágios nas unidades de cuidados intensivos.

Sinto que “abusei” e aproveitei tudo aquilo que me proporcionaram, de uma forma correta e com atitude digna de aluna. No entanto, penso ter deixado a minha “marca”, através de formações, e discussões pertinentes que surgiram com pequenas questões que fui levantando. Desde a formação sobre o algoritmo do SAV, ao esclarecimento sobre o desfibrilhador, à realização de um procedimento sobre limpeza e desinfecção dos laringoscópios, à análise conjunta de fatores causadores de stress como o barulho do telefone, da luz resultando numa consciencialização por parte da equipa neste aspeto, a realização de um trabalho sobre o balão intra-aórtico e sobre a dor tendo sido disponibilizado às equipas, tudo isto constituem exemplos da minha prática no local de estágio e de aprendizagens que consequentemente adquiri. No entanto, assumo que recebi muito mais que dei. Mas penso que esse era o objetivo.

Dar o passo para investir na formação, na nossa formação, custa e é uma decisão cheia de incerteza. Vários foram os momentos em que pensei desistir, mas a vontade de vencer e chegar à meta proposta foi maior. Posso não ter chegado à meta em primeiro lugar, mas foi sem dúvida um lugar no pódio, pelo menos para mim, pois chego com a sensação de trabalho feito, de realização pessoal, profissional, e com vontade de fazer mais e melhor no meu local de trabalho, no meu dia-a-dia, com os doentes que a todos os dias presto cuidados.

Consigo dizer, neste momento, que o enfermeiro especialista possui um papel fundamental na melhoria dos cuidados, pois detém conhecimentos específicos que contribuem para o desenvolvimento de uma prática ética, de responsabilidade, desempenhando um papel dinamizador, de iniciativa, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

A pessoa em situação crítica constituí verdadeiramente o foco dos cuidados do enfermeiro especialista, e este deve estar preparado, ao nível das suas competências para o proporcionar de cuidados de excelência.

5 Bibliografia

Archer, Luís, Biscaia, Jorge, Oswald, Walter. 1996. Bioética. Editora Verbo, Lisboa.

DGS. 2003. Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu Desenvolvimento. DGS, Lisboa, 44 pps.

DGS. 2008. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. DGS. 49 pps.

Dias, Carlos. 2001. A Liderança em Enfermagem – Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação. Porto. 198 pps. Disponível: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ordem dos Enfermeiros. 2001. DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 16 pps.

Ordem dos Enfermeiros. 2003. DIVULGAR – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 24 pps.

Ordem dos Enfermeiros. 2009. Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 45 pps.

Ordem dos Enfermeiros. 2011. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 8 pps.

❖ Sites consultados:

Código Deontológico – Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [data da visita 21/02/2012].

DGS. 2005. Carta dos Direitos do Doente Internado. Disponível: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> [data da visita 22/02/2012].

Grazziano, Es, Ferraz, Bianchi. 2010. Impacto do Stress Ocupacional e Bournout para Enfermeiros. Enfermeria Global n° 18. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision1.pdf [data da visita 21/02/2012].

Miranda, António. 2010. Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar. Disponível: <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/> [data da visita 22/02/2012].

Nunes, Fernando. 2007. Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. Revista Nursing n° 219. Disponível: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2802:tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia&catid=149 [data da visita 21/02/2012].

Pires, Ana. 2008. Ética e Cuidar em Enfermagem. Sinais Vitais n° 72. Disponível: http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=

Ribeiro, Olivério de Paiva. 2005 Qualidade dos Cuidados de Saúde. Disponível: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf> [data da visita 22/02/2012].

[3419](#) [data da visita 21/02/2012].

Soares, José. 2007. Eficiência versus Eficácia. Disponível: <http://hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiadasaude/forum/topics/1967198:Topic:1133> [data da visita 21/02/2012].

Vila, Carlos, Diogo, Sandra, Viera, Anabela. 2009. Aprendizagem. Disponível: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0125.pdf> [data da visita 22/02/2012].

DGS. 2004. Plano Nacional de Saúde – Volume II, Orientações Estratégicas. Disponível: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html [data da visita 23/02/2012].

Departamento da Qualidade em Saúde. Disponível: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0> [data da visita 21/02/2012]

Autoridade Nacional de Proteção Civil. Disponível: <http://www.prociv.pt/Pages/default.aspx> [data da visita 22/02/2012].

ANEXOS

ANEXO I

(Caracterização do Hospital de Braga)

Caracterização do Hospital de Braga

O Hospital de Braga (anterior Hospital de S. Marcos) resultou de uma parceria público privada, com o grupo José de Mello Saúde, tendo mudado de instalações no dia 9 de maio de 2011, tendo-se realizado a sua inauguração a 13 do referido mês.

Atualmente serve uma área direta de 274.769 utentes, mas como é um Hospital Central, abrange globalmente uma área de cerca de 1.100.000 habitantes. As zonas de influência hospitalar são: Braga, Famalicão, Barcelos, Guimarães, Fafe e Alto Minho; dos ACES abrange, Gerês, Cabreira, Famalicão, Barcelos, Esposende, Guimarães, Vizela, Ave e Terra de Bastos. (www.hospitaldebraga.com.pt).

Tratando-se de um hospital com urgência polivalente apresenta um leque de especialidades que dão resposta as várias necessidades do utente.

ANEXO II

(Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia)

Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

Estrutura arquitetónica do serviço é constituída por:

- Secretária da unidade;
- Gabinete do Diretor de serviço e Enf^a. Chefe
- Vestiários do pessoal
- Área dos doentes: camas, zona de vigilância monitores,
- Área de sujos, armários de medicação...encontram-se fora do serviço, no corredor correspondente,
- Arrecadação, encontra-se fora do serviço, no corredor correspondente,

O **equipamento** concentra-se essencialmente nas unidades dos doentes e na arrecadação, sendo ele camas, monitores e seringas e bombas infusoras.

Quanto aos **recursos humanos** incluem:

Médicos: A equipa é constituída por 18 médicos distribuídos; por chefe de serviço, um responsável pelo internamento, um responsável pelo laboratório de hemodinâmica; e um outro responsável pela sala de pacemaker. Os outros restantes são 8 assistentes e 5 internos.

Enfermagem: A equipa de Enfermagem é constituída por: um Enf^a chefe, uma Enf^a especialista, 8 enfermeiros graduados, 6 enfermeiros generalistas.

Assistente Operacionais - 10

Administrativas - 1

Técnicas de pneumoradiologia - 2

Relativamente ao **funcionamento do serviço**:

Horário das visitas:

- Visitas: 12.30h-13.30h (1 visita); 17.30h-19.30h (2-vistas no mínimo 15`` cada).

Horário da secretaria da unidade:

- Secretariado: 8.30h-13.00h e 14.00h-16.30 h

ANEXO III

(Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente)

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O serviço da UCIP do hospital de Braga, situado no quarto piso desta instituição, na ala norte, é um serviço de atendimento permanente com capacidade de atendimento de 14 doentes. Os cuidados, são prestados por uma equipe interdisciplinar que possui um corpo próprio, que inclui enfermeiros especialistas e generalistas, médicos anestesiistas, administrativa, assistentes operacionais, entre outros. A equipa de enfermagem é constituída por um total de 35 enfermeiros, uma enfermeira chefe (especialista em enfermagem médico-cirúrgica), 4 enfermeiros especialistas em reabilitação e 30 enfermeiros generalistas. Esta equipa é distribuída pela unidade, sendo de realçar que existe um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no turno da manhã para a totalidade de doentes internados na UCIP e Unidade Intermédia Neurocríticos, que assegura os cuidados de enfermagem de reabilitação a todos os doentes internados. Sendo a prestação de cuidados assegurada pelos enfermeiros generalistas é importante referir que a distribuição destes enfermeiros por cada turno é de 5 enfermeiros generalistas por turno com um rácio máximo de 2 doentes por enfermeiro. Relativamente a equipa de assistentes operacionais, a sua distribuição no serviço é a seguinte: no turno da manhã e da tarde ficam 2 no turno da noite fica apenas 1 assistente operacional. O horário praticado pela equipa de enfermagem é das 08h30m às 15h.00m (turno da manhã), das 14h30m às 21h (turno da tarde) e das 20.30h às 09h (turno da noite),

Tratando-se de uma unidade nova levou a uma grande alteração, não apenas a estrutura física, como a nível de gestão de pessoal como por exemplo: instituição de novos horários de trabalho, mobilidade de funcionários, novas dinâmicas de funcionamento dos serviços, alterações nas atribuições de cargos de chefia, contratação empresarial externa para prestação de serviços, reorganização de unidades de cuidados, entre outras.

A unidade de cuidados intensivos polivalente de Braga (UCIP), é uma unidade fechada, autónoma, de nível III (DGS:2003). Pelo seu carácter polivalente e multidisciplinar, admite doentes na área de cuidados médicos e cirúrgicos, politraumatizados neurocirúrgicos provenientes da área de drenagem, no entanto podem ainda receber doentes fora da área se não houver vagas para cuidados intensivos nessas localidades. Esta unidade utiliza sistemas de classificação de gravidade de doença SAPSIIe APACHEII (costa, Amaralet.al.2008).

ANEXO IV

(Trabalho sobre a Dor)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

2-11-2011

Maria Augusta Silva

Índice

0 – Introdução	2
1 - Dor	3
2 - Avaliação da dor	5
2.1 - Escalas da avaliação da dor	6
2.1.1 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA	7
2.1.2 - ESCALA NUMÉRICA	7
2.1.3 - ESCALA QUALITATIVA.....	7
2.1.4 - ESCALA DE FACES	8
3 – Controlo da Dor	10
3.1 – Medidas Não Farmacológicas.....	10
3.2 – Medidas Farmacológicas	11
4 - Conclusão	13
5 - Bibliografia	14

Escalas de avaliação da dor

0 – INTRODUÇÃO

A dor acompanha grande parte dos estados patológicos e influencia consideravelmente a qualidade de vida da pessoa que a sente, por isso importa sensibilizar os profissionais de saúde para a sua valorização.

“A dor é uma das sensações mais desagradáveis experimentadas pelo ser Humano. A sua ocorrência alerta para uma potencial ameaça à integridade do Corpo, pelo que é considerada crítica para a sobrevivência.” (LÉPORI, 2008).

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda/crónica, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2008).

É de extrema importância que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam, valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, enaltecendo a humanização dos cuidados, independentemente da idade, tipo ou origem da dor, elevando o registo da sua intensidade, como 5º Sinal Vital (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

Torna-se assim evidente, o sentido e a mais-valia da avaliação da dor no exercício de uma boa prática profissional, nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos, tornando-se um desafio audaz e um dever de qualquer profissional de saúde.

No âmbito do estágio por mim realizado na unidade de cuidados intensivos e pela necessidade por mim sentida e em conversa com alguns colegas recém chegados ao serviço sobre a avaliação da dor com as diferentes escalas e como 5 sinal vital, surgiu este documento de pesquisa, acreditando que se traduz num contributo fundamental para a efetivação dos cuidados promovendo assim um completo bem-estar no doente.

Ao longo deste trabalho irei abordar a utilização das várias escalas da avaliação da dor, reconhecer as pessoas em risco de inadequada avaliação e tratamento da dor; controlar a dor de forma adequada, tudo isto numa perspetiva do doente crítico, incapaz de exprimir o que sente.

1 - DOR

Ao tentar definir dor muitas definições surgem, pois para muitos autores dor é algo subjetivo, é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas suas relações sociais e familiares e no próprio desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida (RIGOTTI et al, 2005).

A compreensão do fenómeno da dor passa pela sua aceitação e reconhecimento como parte essencial para os cuidados de enfermagem.

Segundo McCaffery, (2001) *“A dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe, verbalmente ou não”*.

A existência de dor é uma realidade um tanto abstrata, de contornos frequentemente indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas. A genuinidade da sua presença importa-se à coerência das queixas com que é expressada e a possibilidade de uma existente relação com a agressão e/ou lesão. É portanto um fenómeno complexo, constantemente especulativo que importa ser entendido (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2001).

Por tudo isto, no fenómeno da dor, o que mais releva e é realmente importante, é valorizar a dor, avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode, uma vez que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é ou a que o enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode, independentemente da diversidade de fatores que a influencia, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo (ORDEM DOSENFERMEIROS, 2008).

A avaliação da dor assenta segundo a ordem dos enfermeiros em 14 premissas, no entanto irei somente abordar aquelas que acho mais pertinentes para este tipo de doentes:

- ❖ Toda a pessoa tem o direito ao melhor controlo da dor;
- ❖ A perceção e expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida;
- ❖ A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de Avaliação;
- ❖ O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
- ❖ Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
- ❖ Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
- ❖ Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
- ❖ Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas de alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

Atendendo a toda esta importância da dor, foram criados mecanismos para as quantificar, pois deve-se encarar e registar a dor como o 5º sinal vital.

Em cuidados intensivos difíceis, é a sua identificação cabe ao enfermeiro que presta cuidados 24h ao doente ter esta sensibilidade, pois, o doente tem o direito á analgesia adequada e á gestão da dor. A dor em doentes que não comunicam deve ser avaliada por meio subjetivos da observação de comportamentos e indicadores fisiológicos, como por exemplo: Frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, e indicadores comportamentais tais como, expressão facial, presença de movimentos ou posturas anti álgicas, aumento do tónus

Escalas de avaliação da dor

muscular e a adaptação ao ventilador. Neste contexto surge então a avaliação pela escala de dor Beavioral Pains cale-BPS segundo norma deste hospital.

2 - AVALIAÇÃO DA DOR

O controlo da dor aguda/crónica começa com a avaliação inicial do enfermeiro e como tal a enfermagem tem um papel imperativo no controlo da extensão do sofrimento. Para que as intervenções de enfermagem sejam eficazes é necessário que inicialmente se crie uma relação empática com o doente, permitindo a recolha de informações que facilitem o planeamento dos cuidados, com o objetivo de modificar os fatores que influenciam a natureza da sensação dolorosa e os fatores que aumentam a intensidade da dor.

Segundo Segundo Carpenito cit. in SHEEHY et al, (2001) uma avaliação concentrada consiste na *“aquisição de dados específicos ou selecionados, identificados pelo enfermeiro e pelo utente ou sua família, ou pelo estado do utente”*.

Sendo que a experiência dolorosa é um evento amplo, não se limitando à sua intensidade, as características da dor também devem ser avaliadas, incluindo o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes. Assim, é importante observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, inquietação, posicionamento protetor, Insónia, dilatação pupilar, gemidos, agitação, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipneia, hipertensão, mudanças na alimentação, aparência abatida, interação reduzida com o ambiente, entre outros (PEDROSO et al, 2006).

Para o cuidar, nomeadamente do doente crítico, é necessário não apenas não apenas uma vertente tecnicista, que irremediavelmente conduz à desumanização dos cuidados prestados, mas uma abordagem holística da pessoa doente. O termo doente crítico inclui, *“...o doente em estado grave (que apresenta um comprometimento importante das suas funções vitais) e o doente de alto risco (aquele que embora se encontre bem no momento, pode apresentar subitamente alterações graves das suas funções vitais) ...”* (LÍBANO et al, 1997).

Segundo PEDROSO et al, (2006), torna-se muito importante identificar as características que expressam a dor, de forma a facilitar a sua avaliação em casos como o de doentes com diminuição do estado de consciência, que não conseguem expressar verbalmente as características da sua dor, valorizando na prestação de cuidados os sinais de dor e as alterações dos sinais vitais como indicadores da presença da mesma.

O tratamento imediato da dor pode ser, em algumas situações, essencial para salvar a vida da pessoa ou impedir lesões em estruturas do organismo. Deste modo, a dor intensa pode causar colapso dos mecanismos adaptativos do corpo e requerer uma intervenção imediata e avaliação das condições do doente pelo pessoal de enfermagem.

Para a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008), a prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções executadas ser alvo de registo. Como tal publicou as seguintes recomendações:

- I. Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- II. Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- III. Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- IV. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;
- V. Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 - a. Exame físico;
 - b. Descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência);
 - c. Formas de comunicar a dor / expressões de dor (ex.: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.);

Escalas de avaliação da dor

- d. Fatores de alívio e de agravamento (ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.);
 - e. Estratégias de coping;
 - f. Implicações da dor nas atividades de vida (ex.: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, no humor, etc.);
 - g. Conhecimento / entendimento acerca da doença;
 - h. Impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor;
 - i. Sintomas associados (ex.: obstipação, fadiga, náuseas, insónia, perda do apetite, etc.);
 - j. Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- VI. Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade da aplicação e experiência de utilização em outros locais;
- VII. Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF) e Escala Qualitativa (EQ).
- VIII. Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;
- IX. Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- X. Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- XI. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- XII. Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

Deste modo, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, a inclusão na folha de registo dos sinais vitais e sintomas, de espaço próprio para o registo da intensidade da dor (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

2.1 - ESCALAS DA AVALIAÇÃO DA DOR

Segundo PEDROSO et al, (2006), os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Escalas unidimensionais avaliam unicamente uma das dimensões da experiência dolorosa.

As escalas seguintes, propostas pela DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE na Circular Normativa n.º 9 de 14/06/2003, aplicam-se a doentes conscientes e colaboradores, com idade superior a 3 anos, sendo que para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. Importa ainda referir que a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente e que a escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma.

Para o cuidar, nomeadamente do doente crítico, é necessário não apenas uma vertente técnica, que irremediavelmente conduz à desumanização dos cuidados prestados, mas uma abordagem holística da pessoa doente.

Escalas de avaliação da dor

2.1.1 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, “Dor Máxima”. O doente terá que assinalar com uma cruz, ou traço perpendicular á linha o ponto que representa a intensidade da sua dor.

Posteriormente mede-se com uma régua e em centímetros, a distância entre o início da linha, correspondente a zero e o local assinalado, obtendo-se assim uma classificação numérica.

Escala Visual Analógica



Fig.1 - Escala Visual analógica

2.1.2 - ESCALA NUMÉRICA

Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de zero a dez, sendo que, o zero equivale á ausência de dor e dez á dor máxima imaginável, que o doente assinala como correspondente á intensidade da sua dor.

Escala Numérica

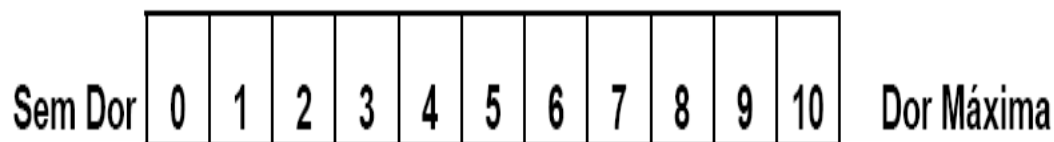


Fig.2 - Escala numérica

2.1.3 - ESCALA QUALITATIVA

Pretende-se com esta escala que o doente atribua uma classificação á sua dor de acordo com os seguintes adjetivos, “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”.

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fig.3 - Escala Qualitativa

2.1.4 - ESCALA DE FACES

Nesta escala solicita-se ao doente que classifique a sua dor com base em expressões faciais, sendo que a de felicidade corresponde a classificação de “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza a classificação de “Dor Máxima”

Escala de Faces

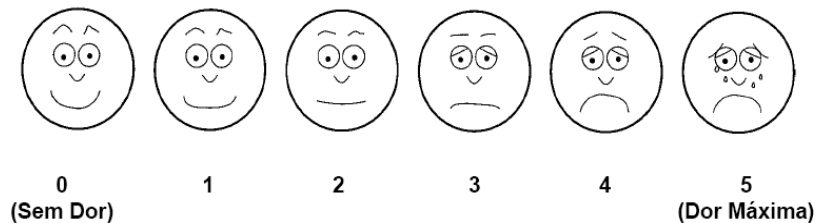


Fig.4 - Escala das Faces

Quanto às escalas multidimensionais PEDROSO et al, (2006) considera que são dotadas de elevada complexidade e difícil aplicabilidade e reprodutibilidade, tendo um uso restrito de aplicabilidade, classicamente são consideradas neste tipo de escalas três dimensões de dor: a sensorial discriminativa, a motivacional-afetiva, e a cognitiva-avaliativa.

Pelo que, importa referir que no trabalho exposto apenas será abordada a Escala de Comportamento para Avaliação da Dor (Behavioral Pain Scale -BPS), aplicada segundo o Procedimento da “Monitorização da Dor” em vigor no Hospital de Braga (Código: PRO.618.HSM.460), em doentes sedados ou incapazes de verbalizar a dor, para utilização na Unidade de Cuidados Intensivos

Escalas de avaliação da dor

Comportamento para Avaliação da Dor		
Critérios	Aspeto	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Testa contraída	2
	Pálpebras encerradas	3
	Fácies com sinal de dor	4
Tónus dos membros superiores	Sem movimento	1
	Ligeira flexão	2
	Membros em flexão e punhos cerrados	3
	Membros retraídos	4
Adaptação à ventilação	Adaptado	1
	Reação esporádica ao ventilador	2
	Luta contra o ventilador	3
	Impossível ventilar	4

Fig.5 - Escala de Comportamento para Avaliação da Dor

A pontuação em cada critério é somada e permite quantificar a dor, variando entre um mínimo de 3 até um valor máximo de 12. Assim, 3 corresponde à ausência de dor, 4 a 6 a dor ligeira, 7 a 8 a dor moderada, 9 a 11 a dor intensa e 12 a dor máxima.

Ainda segundo o mesmo procedimento, nos doentes com alterações do estado de consciência, a avaliação da dor deve ser efetuada em notas descritivas. A inexistência dos instrumentos de avaliação da dor não impede que a dor não seja avaliada e registada, para isso é fundamental a mensuração das características da dor (RIGOTTI, et al 2005).

Importa assim referir que, o uso de registos, como prática, encoraja quem cuida a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapêuticas inadequadas. A avaliação, o planeamento e a documentação diários, ajudam a compreender a importância de uma organização na gestão estruturada da terapêutica da dor (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2001).

3 – CONTROLO DA DOR

O alívio/tratamento da dor deve ser sobretudo percecionado como um processo multifacetado e pluridimensional, no qual devem ser levadas em conta as necessidades físicas, sociais, culturais e psicológicas da pessoa, assim como as suas crenças e experiências anteriores (SHEEHY et al, 2001).

Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença torna-se necessário implementar a promoção de cuidados que a eliminem ou a reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008). Pois a maior parte dos procedimentos onde ocorrem dor é precisamente os praticados pelos enfermeiros como é o caso da reabilitação, cinesiterapia, aspiração de secreções endotraqueais, e os posicionamentos, cabe ao enfermeiro munido da sua autonomia de tornar estes procedimentos menos agressivos.

Não existe uma fórmula única para controlar a dor que uma pessoa sente mas sim múltiplas combinações possíveis de medidas cujo objetivo é, como referido, aliviar a dor e levar ao seu desaparecimento ou torná-la minimamente suportável até à sua resolução. A apreciação e o planeamento cuidadosos da pessoa com dor devem auxiliar a equipa multidisciplinar a escolher, de entre muitas maneiras possíveis, aquela que será mais eficaz e mais adequada para aquela dada situação de dor (PHIPPS et al, 1995).

Pode então aferir-se que a intervenção de enfermagem sobre a pessoa com dor deverá incidir em três pontos fundamentais: eliminar ou reduzir ao máximo os estímulos que estão a causar dor; aliviar a dor; ajudar a pessoa a lidar e suportar a dor. Para que isto ocorra é necessário um processo interativo onde o enfermeiro aplique, para além de sua habilidade técnica, conhecimentos, intuição e sobretudo muita sensibilidade para com a pessoa alvo dos cuidados. Nesta perspetiva, cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também mostrar na relação profissional/doente interesse, compaixão, afetividade e consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e torná-lo satisfeito com o seu viver (PHIPPS et al, 1995).

Por tudo o que foi referido faz-se alusão à existência de duas grandes categorias de medidas a implementar para o controle da dor, após uma avaliação de enfermagem inicial, concisa e suficientemente abrangente: por um lado medidas de carácter não farmacológico e por outro as farmacológicas, com utilização dos mais variados fármacos.

3.1 – MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As medidas não farmacológicas de alívio/controle da dor assumem-se como intervenções autónomas e de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, assumindo ele a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Ser pensante, o enfermeiro deve ter presente que cada caso é um caso, evitando que atitudes, convicções ou valores próprios interfiram na sua perceção da dor da pessoa ou na seleção das intervenções para controlo da mesma (SHEEHY et al, 2001).

Para estas medidas de controle pode se encontrar técnicas diretas ou indiretas, sendo assim:

- ❖ Estabelecimento de uma boa relação de empatia e apoio com a pessoa;
- ❖ Acreditar na pessoa e respeitar a sua reação à dor;
- ❖ Prestar todas as informações necessárias acerca dos procedimentos que irão ser efetuados;

Escalas de avaliação da dor

- ❖ Investigar a natureza pluridimensional da dor, avaliando a sua evolução e reformulando o plano de cuidados conforme a mesma;
- ❖ Criação de um ambiente calmo;
- ❖ Criação de uma sensação de conforto geral;
- ❖ Tocar na pessoa de forma calma e para que ela sinta que não está só;
- ❖ Posicionamentos adequados;
- ❖ Estabilização de fraturas;
- ❖ Eliminação de estímulos físicos irritantes (ex.: posicionamento correto das traqueias do ventilador de forma a evitar a tração do tubo endotraqueal);
- ❖ Aquecimento
- ❖ Mudanças de posição;
- ❖ Distração para desviar a sua atenção da dor;
- ❖ Promoção da autoconfiança;
- ❖ Apoio emocional à doente e família, envolvendo ambas na definição e ajustamento do plano de cuidados.

Após o exposto pode verificar-se que as medidas não farmacológicas são simples, podendo quase todas elas ser aplicadas em qualquer contexto, mesmo em contexto de cuidados intensivos onde o doente, espera do enfermeiro, esta sensibilidade para o cuidar. Apesar desta possibilidade de aplicação, as medidas referidas podem revelar-se e são muitas vezes insuficientes para aliviar/controlar a dor sentida, tornando-se necessária a aplicação de fármacos específicos ou mesmo uma associação de ambos os tipos de medidas.

3.2 – MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Dados os avanços científicos e tecnológicos ao nível das ciências da saúde em geral pode dizer-se que é *“eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis”* (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2001).

Revelando-se assim, de grande importância a prescrição eficaz de analgésicos para o alívio adequado da dor.

Em contexto hospitalar o uso de analgésicos é uma das formas mais utilizadas para o alívio da dor. O analgésico de escolha deve ser o mais eficaz e o melhor tolerado pela pessoa com dor, sendo de extrema importância que o enfermeiro saiba qual o seu efeito preciso sobre o organismo e qual o seu perfil/mecanismo de ação e que sejam respeitadas a dosagem, via e intervalos de administração mais adequados.

Assim, na tentativa de controlo da dor, como referido pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008), são utilizados fármacos como:

- ❖ Analgésicos não-opioides, amplamente usados na urgência médica, afetando o sistema nervoso periférico;
 - ✓ Paracetamol:
 - Inibe a síntese central das prostaglandinas;
 - Intervém nos mecanismos de modulação descendente;
 - Risco de hepatotoxicidade se ultrapassadas as doses recomendadas.

Escalas de avaliação da dor

- ❖ AINES, ou anti-inflamatórios não-esteroides, indicados na dor ligeira a moderada, usados muitas vezes concomitantemente com os opióides para potenciar o efeito analgésico;
 - ✓ Ácido Acetilsalicílico, Ibuprofeno, diclofenac, naproxeno, tenoxicam, etc:
 - Interferem nos mecanismos de transdução;
 - Inibidores da síntese das prostaglandinas e antiagregantes plaquetários;
 - Risco de dispepsia, hemorragia, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda e insuficiência hepática.
- ❖ Opióides, proporcionam alívio eficaz da dor aguda, atuando sobre o sistema nervoso central;
 - ✓ Fracos: tramadol, codeína, etc.
 - ✓ Fortes: Morfina, fentanil, etc.
 - Intervêm nos mecanismos de modulação e de percepção;
 - Proporcionam analgesia a nível da supra espinal, por ativação das vias inibitórias descendentes e inibição da atividade neuronal;
 - Analgesia a nível da espinal, por inibição pré e pós sináptica da transmissão das fibras, predominantemente aferentes na medula espinal;
 - Analgesia a nível periférico, por ligação aos recetores opioides em tecidos inflamados;
 - Podem provocar estase gástrica, miose, náuseas, vômitos, obstipação, sedação, sonolência, prurido e retenção urinária;
 - Risco de hipotensão e falência respiratória.
- ❖ Adjuvantes, que sem atuarem diretamente sobre a dor potenciam determinados efeitos no organismo – relaxamento, diminuição da ansiedade – que juntamente com algum dos fármacos anteriores, leva ao controlo da dor.
- ❖ Os Relaxantes musculares (ex.: diazepam, baclofeno, etc.);
 - Relaxamento da musculatura;
 - Risco de sonolência, tonturas, tremores, alterações gastrointestinais.
- ❖ Os Ansiolíticos (ex.: alprazolam, hidroxizina, etc.);
 - Atuam sobre os recetores GABA, modulando a sua ação;
 - Podem provocar sonolência, ataxia, risco de tolerância e dependência.
- ❖ Os Antiespasmódicos (ex.: butilescopolamina, etc.)
 - Atuam sobre a fibra lisa relaxando-a;
 - Efeitos antimuscarínicos periféricos.

De referir ainda que, seja qual for a medida aplicada com o intuito de controlar a dor, devem pautar sempre na atuação do enfermeiro, a avaliação clínica e o juízo crítico.

Neste sentido RIGOTTI et al, (2005) profere que para que o cuidado ocorra, é necessário um processo interativo onde o enfermeiro, aplique além da sua habilidade técnica, conhecimentos, intuição e, sobretudo muita sensibilidade para com a pessoa a ser cuidada. Assim, nesta perspetiva do cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação profissional/doente, interesse, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, promover, restabelecer, e torná-lo satisfeito com o seu viver.

4 - CONCLUSÃO

A dor pode ser quase definida como sendo uma percepção individual, Intrínseca, única e própria de cada pessoa, que aparece num cérebro consciente de si e do organismo que “comanda”, tipicamente como resposta a um estímulo nocivo mas muitas das vezes também na ausência dele.

A relação entre o estímulo e a sua percepção é variável e vai depender, para além de outros fatores, das crenças da pessoa, das suas experiências anteriores, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo em si.

Torna-se então fundamental saber que o não alívio/controlo da dor pode levar a alterações do foro neurovegetativo com as mais diversas proporções nefastas para o organismo, tais como hipertensão, taquicardia, agitação, ansiedade, medo. Desta forma torna-se essencial que os serviços que prestam cuidados a doentes, quer eles conscientes ou não possuam escalas de avaliação da dor, para que a mesma não passe despercebida e possa assim ser avaliada, reavaliada sistematicamente e documentada como o 5º sinal vital (ESCUDEIRO et al, 2004). No entanto cabe ao enfermeiro prestador de cuidados a sua sensibilidade e responsabilidade estar atento a este direito do doente, proporcionando o maior conforto possível.

São várias as medidas que podem ser adotadas para controlar e gerir a dor, não devendo a administração de medicação ser a única ou até mesmo a primeira medida a ser implementada. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados passa então pela disponibilidade de cada um de nós.

A elaboração do presente trabalho suscitou momentos de reflexão e sensibilização para o tema no seio da equipa, o que ao princípio irá ter como linha orientadora o doente critica, passou a ser ao âmbito geral, porque todos os doentes devem esperar dos enfermeiros uma postura humanizada capaz de dar resposta a algo limitador como é a dor. Após toda reflexão, pretendendo fazer parte de um possível ponto de partida em direção à mudança de comportamentos como garantia da qualidade, contribuindo sem dúvida para um enriquecimento pessoal e profissional no âmbito de uma aprendizagem continua. O enfermeiro deve sem dúvida, reconhecer como prioritário o alívio e controlo da dor, assumindo-se como gerente dessa importante ação que confere grande qualidade ao ato de cuidar com excelência

5 - BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Dor Aguda versus Dor Crónica. [consult. 28 março 2010]. Disponível na Internet: www.aped-dor.org/scid/apedweb

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO MARCOS - Procedimento para Monitorização da Dor - Código: PRO.618.HSM.460 de 24/03/2009. Braga: Direção de Enfermagem. 2009

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2001.

ESCUDEIRO, L. [et al] – 5º Sinal Vital. Jornal A Ponte [em linha]. N.º 11 (outubro 2004), p. 4-6. [consult. 22 março 2010]. Disponível na Internet: <http://www.hsfxavier.min-saude.pt>

LÉPORI, L. R. – Dor Crónica. Lisboa: Magnum 33 – Divisão Comunicação Médica. 2008.

OLIVEIRA, L. F. – Tratamento da Dor Aguda no Trauma. Simposio Virtual De Dolor [em linha]. (sem data), p.1-2. [consult. 28 março 2010]. Disponível na Internet: <http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc006p.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2008.

PEDROSO, R. A. [et al] – Dor: Quinto Sinal Vital, um Desafio para o Cuidar em Enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem [em linha]. (Abril-Junho 2006) vol.15, N.º 2, p. 270-276. [consult. 21 novembro]. Disponível na Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/pdf/714/71415211>. PHIPPS, PORTUGAL. Ministério da Saúde, Direção-geral da Saúde – Circular Normativa nº 11 / DSCS de 18/06/08 – Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS, 2008.

ANEXO V

(Panfleto sobre Ventilador Portátil)

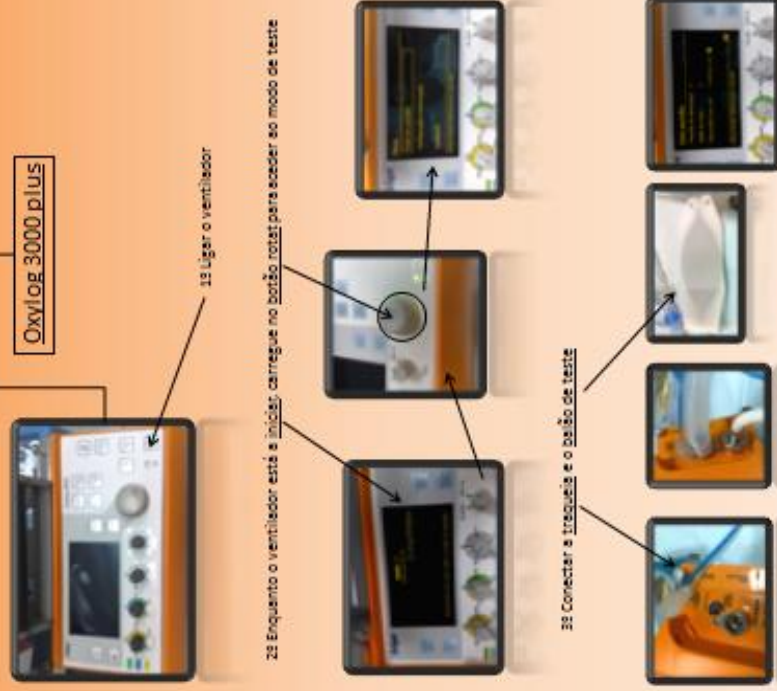
Manual Procedimentos (Teste Operacional)

Oxylog 3000 plus

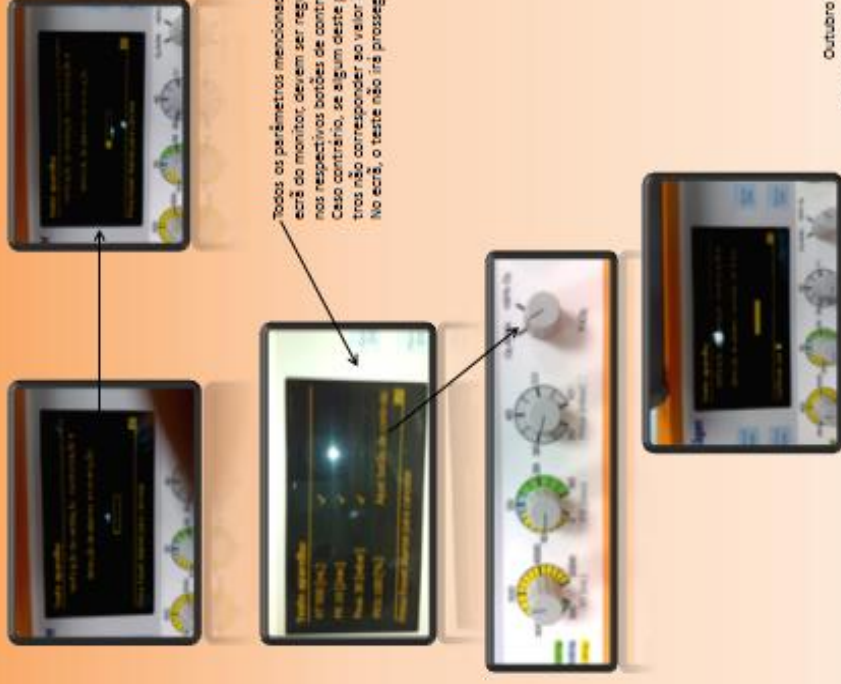
13 Ligar o ventilador

23 Enquanto o ventilador está a iniciar, carregue no botão rotas para aceder ao modo de teste

28 Conectar a frequência e o botão de teste



Manual Procedimentos (Teste Operacional)



Todos os parâmetros mencionados no ecrã do monitor, devem ser regulados nos respectivos botões de controlo. Caso contrário, se algum destes parâmetros não corresponder ao valor indicado no ecrã, o teste não irá prosseguir.

ANEXO VI

(Panfleto sobre Desfibrilhador)

Teste Operacional

Monitor HeartStart XL



1ª Com o monitor desligado, mantenha o botão PAIXA pressionado

2ª Com o botão PAIXA pressionado, ligue-o o monitor



3ª O teste começa, vestindo seguir as indicações que surgem no monitor

Teste Operacional



Se ao ligar o monitor para realizar o teste aparecer esta mensagem, deve ligar o cabo da corrente elétrica para que o teste possa ser realizado.



Após a conexão da ficha, o teste tem início.

Teste Operacional



Ligar o monitor, adicionando a carga de 150L.

Se adiciona o modo de dimerização da sala.



Se Avaliar ritmo

se monitorar com eletrodos (selecione modo de dimerização m)



Este desfibrilador possui sds para adultos e crianças.

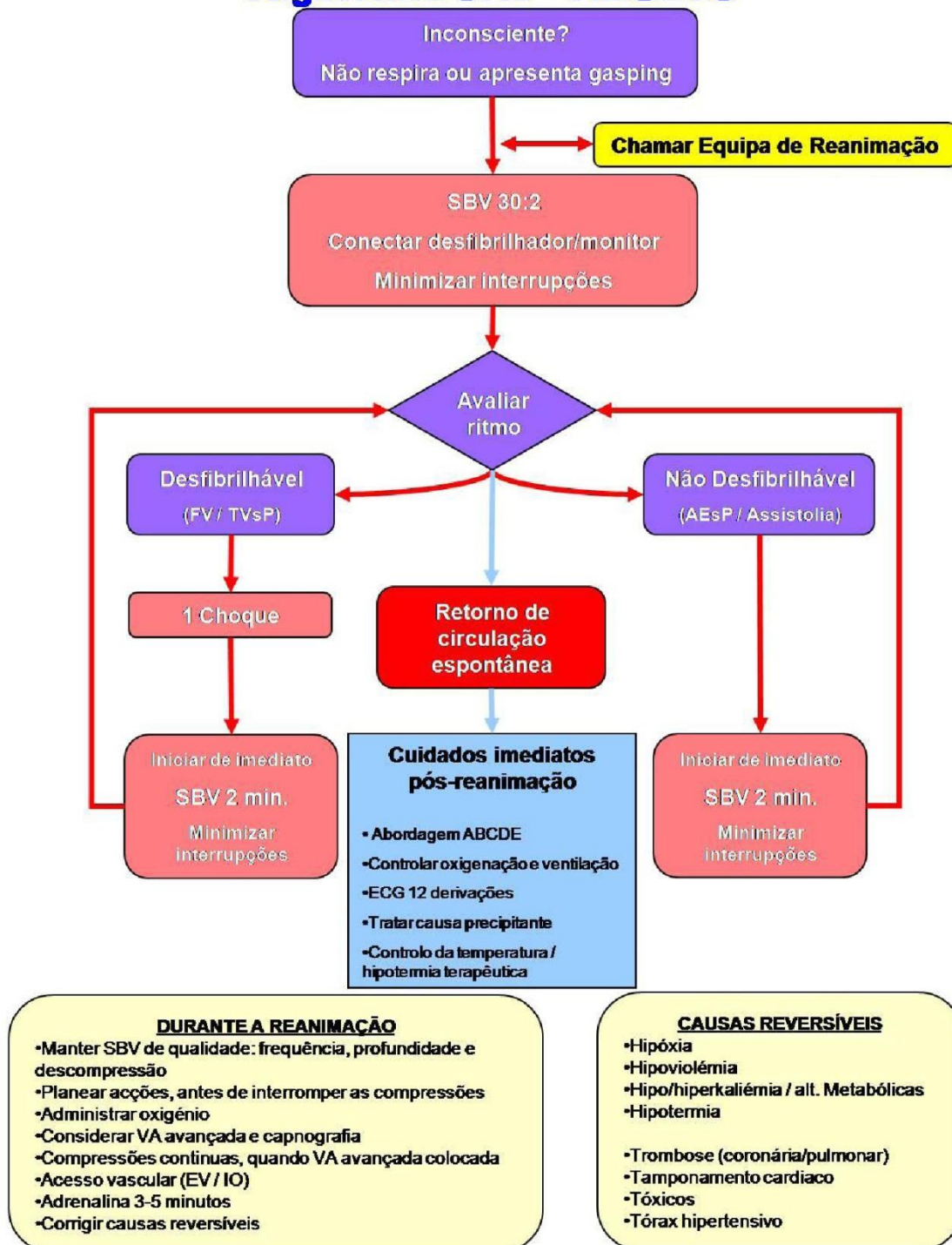


Outubro / 2011
Maria Augusta Silva

ANEXO VII

(Algoritmo do SAV)

Algoritmo SAV - ADULTO



ANEXO VIII

(Trabalho sobre Balão Intra-Aórtico)



Balão Intra-Aórtico

Cuidados de Enfermagem

Elaborado por: Maria Augusta Silva, Julho 2011

0 - Introdução.....	1
1 - Características do balão	4
2 - Constituição do balão Intra-aortico	7
2.1 - Tipos de Balão	9
2.2 – Gases para o balão.....	10
3 – Inserção do balão intra-aórtico.....	12
3.1 - Principais indicações do BIA.....	13
3.2-Contra Indicações	14
3.3-Complicações do BIA	15
4 - Cuidados de enfermagem	19
5-Conclusão.....	23
6 - Bibliografia.....	24

0 - Introdução

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte e invalidez no mundo desenvolvido. Em diversas situações clínicas e cirúrgicas, as condições dos pacientes deterioram e as funções orgânicas colapsam, em consequência da redução aguda da função cardíaca (insuficiência cardíaca, baixo débito cardíaco ou choque cardiogênico). A insuficiência cardíaca refractária e severa pode ocorrer em aproximadamente 4 a 10% dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e representa uma significativa causa de óbito, especialmente nos pacientes de alto risco.

A aplicação de dispositivos mecânicos com a finalidade de prover assistência ou suporte circulatório tem permitido recuperar um número de pacientes que, de outra forma, morreriam, em consequência do baixo débito cardíaco. A terapia farmacológica associada ao emprego do balão intra-aórtico (BIA) pode oferecer um suporte circulatório adequado, com sobrevida de até cerca de 70% dos pacientes que não conseguem ser desconectados da circulação extracorpórea.

O sucesso alcançado com os dispositivos de assistência circulatória nos pacientes de cirurgia cardíaca, prontificou a indicação do seu uso em pacientes portadores de choque cardiogênico secundário à enfarto do miocárdio, resistente à terapêutica convencional.

Há diversos tipos de dispositivos para assistência circulatória, divididos em duas categorias básicas:

- Dispositivos que trabalham em série com o coração.
- Dispositivos que trabalham em paralelo com o coração.

Os dispositivos que funcionam em série com o coração incluem o balão intra-aórtico, a contra pulsação externa e a hemobomba, enquanto os dispositivos paralelos incluem uma variedade de bombas e ventrículos auxiliares. Os dispositivos seriais, em geral, são mais simples e fáceis de usar.

O dispositivo de assistência circulatória mecânica mais usado nos centros de cirurgia cardíaca é o Balão Intra-Aórtico. Esta modalidade de assistência circulatória temporária e de curta duração (alguns dias), requer a existência de actividade cardíaca para a sua aplicação, uma vez que a pulsação do balão é sincronizada com a actividade mecânica do coração do paciente. O balão é insuflado durante a diástole e esvaziado durante a sístole.

O princípio que rege a aplicação do balão intra-aórtico é denominado contrapulsção. O conceito da contrapulsção foi descrito por Harken em 1958 e consistia em remover uma quantidade de sangue pela artéria femoral, durante a sístole para a injeção rápida durante a diástole, com o objectivo de aumentar a pressão de perfusão coronárias. O trauma excessivo infligido ao sangue e a relativa ineficácia do método, nos estados de hipotensão, impediram a ampla aplicação desta modalidade de contrapulsção

A primeira aplicação clínica do balão intra-aórtico com sucesso, deve-se a Kantrowitz, em 1967. Desde então, o BIA tornou-se o dispositivo de assistência mecânica mais usado, com aproximadamente dez mil aplicações por ano nos Estados Unidos. O balão intra-aórtico é relativamente de baixo custo e fácil de ser usado.

O efeito terapêutico do BIA depende da precisa sincronização da inflação e da deflação do balão localizado na aorta descendente com o ciclo cardíaco. O balão é

inflado e permanece distendido durante a diástole ventricular; em seguida, o balão é desinsuflado imediatamente antes do início da sístole ventricular seguinte.

Portanto, podemos resumir os principais efeitos hemodinâmicos da contrapulsção pelo BIA em:

- Aumento da pressão diastólica aórtica
- Redução da pós-carga do ventrículo esquerdo.

Para melhor compreender o funcionamento do Balão intra-aortico e os seus benefícios vou dividir o trabalho numa introdução, desenvolvimento, onde insiro os cuidados de enfermagem e por fim uma conclusão.

1 - Características do balão

O balão Intra-aortico (BIA) é um dispositivo de assistência cardiocirculatoria mecânica com contrapulsção o qual proporciona a redução do trabalho cardíaco por meio da diminuição da pós carga e da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo. O efeito do balão Intra-aortico depende da inflação do balão durante a diástole, iniciando-se logo após o fechamento da válvula aórtica (representado pela incisura dicrótica na curva de pressão arterial sistémica) e da desinflação do balão imediatamente antes do início da ejeção ventricular.

O enchimento do balão ocorre pelo bombeamento de gás (hélio ou dióxido de carbono) e a sincronia do enchimento/esvaziamento do balão é feita mais leitura do traçado do electrocardiograma do paciente obtido no monitor do console do BIA.

A sincronia também pode ser feita utilizando-se a curva de pressão arterial; contudo, esse método é raramente utilizado. A curva de pressão arterial é mais útil para apreciar o resultado da acção do balão.

O efeito positivo sobre a circulação coronária deve-se ao deslocamento do sangue no interior da aorta que induz a elevação da pressão diastólica; Como cerca de 75% da perfusão das artérias coronárias ocorre durante a diástole, o aumento da pressão intra-aórtica naquela fase do ciclo cardíaco, acentua sobretudo a perfusão do miocárdio.

Um outro efeito importante da contrapulsção pelo BIA é o aumento da pressão arterial média, em decorrência do aumento da pressão diastólica. Esse aumento contribui para uma melhor perfusão da circulação sistémica capaz de melhorar a

função dos órgãos vitais. A pressão sistólica, contudo, de um modo geral sofre uma pequena redução.

A deflação (esvaziamento) do balão é igualmente importante no ciclo cardíaco. O balão deve ser esvaziado ao final da fase de contracção isovolumétrica e antes que a ejeção ventricular tenha início, para produzir um efeito apreciável na redução da pós-carga.

Atendendo a isto, é de extrema importância uma correcta sincronização entre a insuflação e a desinsuflação, pois implica um maior bem-estar para o doente.

Em consequência dos efeitos que o balão produz no ciclo cardíaco, ocorrem os seguintes efeitos benéficos:

- Redução das necessidades de oxigénio do miocárdio, porque o trabalho necessário à ejeção sistólica é menor;
- O tempo de ejeção sistólica é menor; isso aumenta a duração da diástole, que resulta em mais fluxo para as artérias coronárias;
- O volume de sangue ejectado em cada sístole aumenta, devido à redução da resistência ao fluxo (redução da pós-carga) e, finalmente;
- A função do ventrículo direito pode melhorar indirectamente, em razão da redução das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo.

Sendo assim a aplicação do BIA melhora a relação entre a oferta e o consumo de oxigénio do miocárdio, o que faz com que a irrigação cerebral melhore e a função renal com o aumento da diurese também beneficie. Podemos concluir então que o choque cardiogenico modifica-se quando a acção da BIA é eficaz, pois os sintomas como a hipersudorese, extremidades frias e pulsos periféricos frios desapareçam ou fiquem menos evidentes.

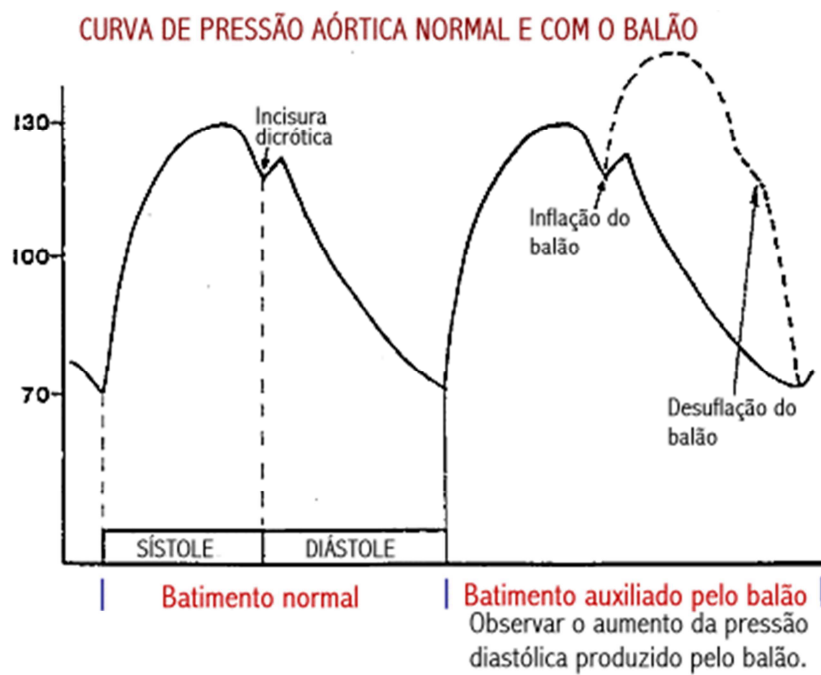


Ilustração 1 - Curva de pressão Aórtica Normal e com Balão

2 - Constituição do balão Intra-aortico

O sistema completo para assistência circulatória mediante a contrapulsação pelo Balão intra-aortico consiste do cateter balão e a consola com os seus diversos módulos integrados.

- Um cateter balão contendo um balão cilíndrico em sua extremidade;
- Uma consola capaz de bombear e aspirar, alternadamente, um volume de gás no interior do balão.

No primeiro caso o cateter é constituído por um cateter rígido, em cuja extremidade existe um balão cilíndrico construído de poliuretano, que é um polímero de biocompatibilidade elevada e baixa trombogenicidade. É fabricado em diferentes tamanhos com o objectivo de melhor de adaptar ao doente seja criança, quer seja adulto.



Ilustração 2 - Exemplo de Cateter

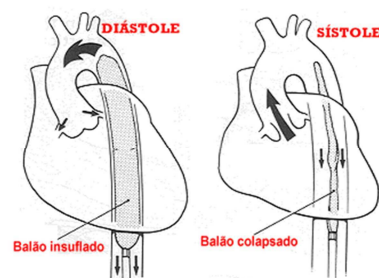


Ilustração 3 - Colocação do cateter na aorta

Em relação à consola trata-se de uma fonte capaz de gerar a pressão positiva destinada a insuflar o balão e, em seguida, gerar a pressão negativa destinada a desinsuflar o balão.

Os componentes da consola do BIA são:

- **Monitor Fisiológico** - A consola inclui um osciloscópio e transdutores, destinados a monitorizar o electrocardiograma e a curva de pressão arterial. As curvas obtidas no monitor da consola são utilizadas para sincronizar as fases de enchimento e esvaziamento do balão com as fases do ciclo cardíaco do paciente.
- **Secção Pneumática** - Compreende um sistema de bombas pneumáticas e válvulas para gerar a pressão positiva e negativa que, respectivamente, insuflam e desinsuflam o balão, comandadas pelos eventos assinalados no traçado do ECG.
- **Unidade Controladora** - É o verdadeiro sistema nervoso do sistema. Compreende os dispositivos de controlo do tempo, calibradores e os sistemas de alarme contra mal função do aparelho.
- **Tanque de Gás** - Constitui o reservatório de gás (dióxido de carbono ou hélio) destinado a insuflar o balão.
- **Baterias** - Um conjunto de bateria permite o funcionamento temporário do dispositivo, na ausência de energia.



Ilustração 4 - Consola (existem no mercado várias consolas)

2.1 - Tipos de Balão

Existem dois tipos básicos de balões usados para a contrapulsção intra-aórtica:

- Balão bidireccional
- Balão unidireccional

O balão bidireccional é um balão de uma única câmara, que enche a partir da porção mediana e desloca o sangue nos dois sentidos, proximal e distal, durante a diástole ventricular.

O balão unidireccional aumenta a perfusão coronária, cerebral, renal e mesentérica. Quando o balão precisa ser introduzido pela artéria axilar ou pela própria aorta ascendente, o balão de uma única câmara deve ser utilizado em benefício de produzir um fluxo de natureza bidireccional.

O balão unidireccional, em geral possui duas câmaras. Ambas são infladas quase simultaneamente. O balão menor, esférico, oclui a aorta distal de modo que todo o sangue deslocado pela inflação do balão maior flui no sentido retrógrado, para

aumentar a perfusão coronária e cerebral. O cateter com balão duplo produz contrapulsção mais eficaz com relação ao aumento da pressão de perfusão coronária.

Um cateter especialmente desenhado com um único balão pode também prover fluxo unidireccional. O orifício de comunicação do cateter com o balão é baixo e tem um diâmetro de tal ordem que a porção proximal do balão enche primeiro e oclui a aorta. O enchimento do restante do balão direcciona o fluxo para os óstios coronárias.

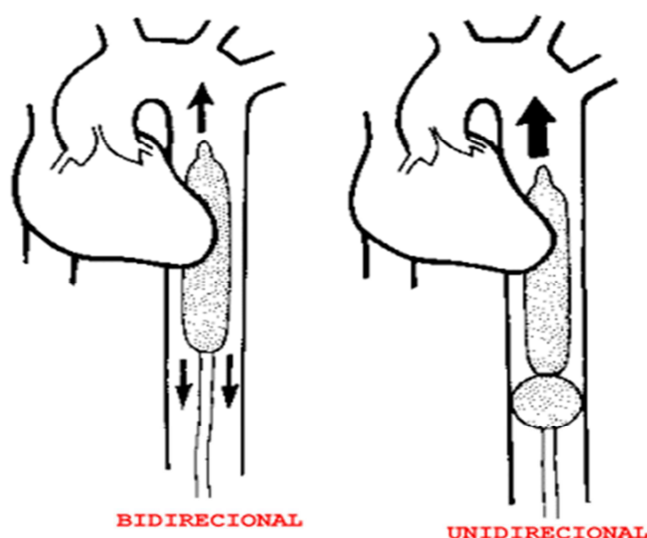


Ilustração 5 - Tipos de Balões

2.2 – Gases para o balão

Os gases utilizados para o balão intra-aórtico são o dióxido de carbono ou o hélio. O dióxido de carbono é usado devido à sua grande solubilidade no sangue (18 vezes mais solúvel que o ar e quarenta vezes mais solúvel que o hélio). Esse fato reduz substancialmente os riscos de embolia gasosa e suas graves sequelas, no caso da rotura acidental do balão, durante a contrapulsção.

Estes gases estão inseridos num reservatório que se encontra na consola. O tanque é usado para encher um recipiente que alimenta o balão, de capacidade limitada e que constitui um dispositivo de segurança para o caso da rotura accidental do balão no interior da aorta.

Uma bomba existente no console, mediante o estímulo de um dispositivo electrónico bombeia o gás (sístole do balão) para o enchimento rápido do balão. Outro estímulo eléctrico acciona um dispositivo de vácuo que remove rapidamente o gás do interior do balão (diástole).

3 – Inserção do balão intra-aórtico

O BIA consiste no balão insuflável de poliuretano em forma de salsicha, com um volume entre 30 a 55ml, adaptado a extremidade distal de um cateter vascular. Possui um diâmetro insuflado de 19mm, o que reduz a área de secção da aorta em cerca de 60%. Possui dois lúmens, um central para a introdução de um fio guia que serve para mediação das pressões e outro lúmen ligado a máquina para insuflar o gás (HELIO) (ARGULHO ET AL, 1999).

Compete ao médico a indicação, a inserção do cateter e a programação do funcionamento do sistema. A enfermagem cabe a previsão e provisão destes materiais a serem utilizados para o procedimento de acordo com a solicitação médica e protocolo institucional. O acompanhamento de todo o procedimento pelo enfermeiro é indispensável, assegurando tranquilidade, ambiente calmo e seguro ao paciente, bem como a toda a equipe. Cabe também ao enfermeiro a montagem e conexão dos sistemas integrados (sistema de pressão invasiva; EEG entre outras)

As vias de acesso são variadas. O BIA poderá ser introduzida cirurgicamente na artéria femoral, na artéria ilíaca, por inserção transaxilar, ou transtrocária, através da inserção cirúrgica directamente na aorta, neste último caso, de cima para baixo.

Hoje em dia, graças à existência de uma nova geração de balões mais leves e com um diâmetro um pouco mais reduzido a técnica de eleição é a inserção percutânea da artéria femoral, sendo introduzido o balão no sentido retrógrado até ao início da aorta descendente, aqui fica apontado o cateter com a extremidade imediatamente abaixo da raiz da artéria subclávia esquerda. Para este tipo de inserção é utilizada a técnica de SELDINGER modificada e um introdutor de grande calibre.

Quando se escolhe o BIA (marca e dimensões), deve-se prestar atenção a medida do balão, na sua trombogenicidade e a dimensão do doente (**ARGULHO ET AL,1999**).

Quando se pensa na inserção do BIA tem que se ter em conta a anticoagulação, usa-se uma infusão de heparina não fraccionada para manutenção do PTT (Tempo de Tromboplastina Parcial) em 2,0 vezes o normal para redução dos riscos de fenómenos trombo-embólicos relacionados ao cateter. No caso de contra indicação a heparinização pode-se utilizar *dextran* de baixo peso molecular a 20 ml/h. Deve-se também proceder a profilaxia com o uso de antibioterapia.



Ilustração 6 - Inserção do Cateter na Femoral

3.1 - Principais indicações do BIA

As primeiras indicações para o emprego do BIA, segundo **Shell (2005)**, são:

- O choque cardiogênico ou os graus mais severos da insuficiência ventricular esquerda
- Angina instável e a dificuldade de interromper a circulação extracorpórea, após a cirurgia cardíaca.

As indicações foram ampliadas para incluir situações em que os riscos de choque cardiogênico justificam o emprego profilático da contrapulsção. Isso é feito para estabilizar certos pacientes em vias de receberem tratamento cirúrgico (revascularização) ou certos tipos de angioplastia coronária. A espera por transplante cardíaco, em certos casos, pode ser assistida pela aplicação do BIA.

Outros estados clínicos, como o choque séptico, contusão miocárdica, injúria miocárdica sem necrose, choque induzido por drogas, podem também ser beneficiados pelo uso precoce do BIA.

Em geral o tratamento com o BIA é considerado em pacientes com potencial de recuperação do ventrículo esquerdo.

3.2-Contra Indicações

O uso do BIA é contra indicado nos casos de:

- Aneurisma aórtico
- Dissecção aórtica
- Doença vascular oclusiva grave

- Insuficiência da válvula aórtica
- Paciente em condição terminal em que não existe nenhuma terapia clínica ou cirúrgica que possa alterar o resultado (*Schell,2005*)

3.3-Complicações do BIA

Entre as principais complicações que podem surgir, destacam-se as seguintes:

- Isquemia do membro inferior (onde e inserido o cateter).
- Hemorragia.
- Formação de trombos
- Trombocitopenia
- Infecção
- Dissecção /rotura da Aorta

A terapia com a bomba balão intra aórtica carrega um risco relativamente de baixa morbidade, dada a condição clínica do paciente. Muitas complicações são vasculares. Estas lesões podem ocorrer durante a inserção do cateter, incluem o rompimento da placa, dissecção, laceração e circulação comprometida para a extremidade distal. A circulação comprometida pode ocorrer a qualquer momento durante a terapia com BIA como resultado da presença do cateter de retenção, síndrome compartimental ou embolia pela formação de trombo ao longo do cateter ou no balão. Estas complicações

ocorrem com mais facilidade em doentes com diabetes, em mulheres com vasos pequenos, e doentes com doença oclusiva vascular periférica.

As funções da enfermagem envolvidas na monitorização ou prevenção do comprometimento da circulação incluem a avaliação cuidadosa da perfusão periférica, explicando ao paciente a necessidade de não flectir o membro onde está inserido o cateter para não comprometer o fluxo sanguíneo e manter os tempos de coagulação dentro de parâmetros prescritos pela titulação dos anticoagulantes. Os enfermeiros também devem estar atentos às múltiplas tentativas de inserção pois aumentam o risco de lesão vascular e formação de trombos.

É papel fundamental da enfermagem manter a assepsia aquando da realização dos pensos, evitando assim infecção no local da inserção.

Outros problemas podem aparecer como a trombocitopenia, circulação comprometida na subclavia esquerda, artéria renal ou mesentérica relacionadas com o mal posicionamento do balão e sangramento do local da inserção ou locais de inserção doutras linhas. Problemas mecânicos relacionados com o balão incluem o tempo impróprio ou um vazamento no balão, torna-se evidente quando o aumento é menos efectivo, eventualmente o sangue volta ao cateter e pode ser detectado. Quando um vazamento ocorre, o balão deve ser removido imediatamente para evitar a possibilidade de embolia gasosa (**WOOPS,2005**).

Não podemos esquecer que o BIA trata-se de uma máquina e por isso existem problemas com o seu funcionamento cabe-nos a nós, enfermeiros distingui-los. Ocasionalmente podemos encontrar dificuldades com a operação do BIA. A grande maioria dos problemas ocorre em relação ao sincronismo inadequado das fases do

balão com o ciclo cardíaco, que ocasiona um efeito menos rentável ou, algumas vezes, uma acção menos benéfica para a actividade do coração.

Segue, pela ordem de ocorrência, o mal funcionamento de partes do equipamento:

1. **Ausência do aumento diastólico na curva de pressão arterial:** Esta eventualidade pode ocorrer, após o início da contrapulsção e, em geral, deve-se às seguintes causas:

- Inadequada sincronia com os eventos mecânicos do ciclo cardíaco
- Inadequada pressão positiva para o enchimento do balão
- Volume ou tamanho do balão inadequado ao paciente
- Posicionamento inadequado do balão na aorta descendente
- O balão permanece colapsado
- O cateter do balão está obstruído ou angulado
- O paciente está em um estado de grave hipotensão
- A frequência cardíaca do paciente está muito rápida

2. **O BIA não funciona**

- Pode haver defeito no monitor fisiológico do console
- O traçado do electrocardiograma não está sendo correctamente identificado
- O cabo do ECG pode estar defeituoso
- O complexo QRS é de baixa amplitude e o sistema não o captura

3. Surge sangue no cateter ou nas conexões

- Com toda probabilidade significa rotura do balão. Requer a substituição do cateter-balão.(já mencionado anteriormente)

4. Escape de gás do balão

- Pode ser causado por conexões mal ajustadas ou por permeabilidade excessiva das paredes do balão

5. A curva de pressão está instável ou "dampeada"

- O cateter arterial deve ser irrigado; a linha de pressão inspeccionada e o monitor avaliado.

6. Outros problemas

- A falta de energia eléctrica, a insuficiência de gás no tanque do console, escapes nas conexões e desajustes nos transdutores e nos monitores

4 - Cuidados de enfermagem

Conforme o código deontológico de enfermagem, cabe ao enfermeiro cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (decreto lei nº94, 406, de 8 de Junho de 1987), portanto, cabe ao enfermeiro uma maior vigilância nestes doentes com o propósito entre outros de prestar cuidados com qualidade, prevenindo e identificando precocemente as complicações que por ventura possam ocorrer. É de primordial importância fazer um correcto diagnóstico de Enfermagem pois só desta forma se assegura que o doente usufrua dos benefícios da BIA, tais como o aumento da tensão arterial, o aumento do débito cardíaco, pulsos periféricos palpáveis, diminuição da dor torácica e melhoria das alterações electrocardiográficas reveladoras de isquemia.

Os cuidados de Enfermagem começam então muito antes da colocação da BIA, pois cabe ao enfermeiro fazer a preparação deste doente antes da entrada para a sala, o enfermeiro como já mencionei anteriormente deve preparar um ambiente tranquilo, calmo explicar todo o procedimento ao doente e à família, bem como tirar todas as dúvidas. Se necessário recorrer a ansiolíticos para diminuir a ansiedade. A Avaliação de sinais vitais, bem como a leitura do ECG é de extrema importância para prevenir possíveis complicações.

Diagnóstico de enfermagem levantados	Intervenções de Enfermagem
ANSIEDADE	<p>Escutar o doente de forma activa</p> <p>Informar o doente</p> <p>Explicação de Procedimentos e demonstração de material a utilizar</p> <p>Proporcionar ambiente calmo e seguro</p> <p>Uso de ansiolíticos se necessário</p>
RISCO DE INFECÇÃO	<p>Executar penso asséptico ao local de inserção do cateter</p> <p>Uso de luvas esterilizadas</p> <p>Ambiente limpo</p>
RISCO DE HEMORRAGIA	<p>Vigiar o local de inserção do cateter</p> <p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Vigiar perdas hemáticas</p> <p>Monitorizar FC, TA, SPO2, FR</p> <p>Monitorizar/Vigiar a presença de pulso radial</p> <p>Monitorizar o débito urinário</p> <p>Auscultar os ruídos intestinais</p> <p>Avaliar estado de consciência</p>

RISCO DE PERFUSÃO DE TECIDOS ALTERADOS	<p>Vigiar a presença e quantidade dos pulsos periféricos distais ao local de inserção do cateter e radial</p> <p>Informar o doente para a não execução da flexão do membro no qual está inserido o BIA</p> <p>Repouso absoluto no leito</p> <p>Manter a cabeceira a 30º</p>
RISCO DE INTEGRIDADE CUTÂNEA ALTERADA	<p>Vigiar integridade cutânea</p> <p>Vigiar coloração dos membros</p> <p>Temperatura do membro</p> <p>Posicionar o doente de 2 em 2 horas ou em SOS</p> <p>Disponibilizar dispositivos preventivos de úlceras de pressão</p> <p>Ensino sobre movimentos activos e passivos do membro onde está inserido o BIA</p>

Em relação a retirada do cateter deve ser precedida pelo desmame do doente. Esse desmame consiste em testar a dependência do doente ao balão, que normalmente é realizada entre as 18/36 horas após o início da contrapulsção. Para tal, procede-se gradualmente ao aumento de relação sístole/insuflação, passando da relação de 1:1

ou 2:2 para relação de 1:3 ou 1:4 ou superiores. Se o doente for capaz de manter o seu perfil hemodinâmico é considerada a sua retirada. No caso de não ser bem-sucedida este desmame é feita nova tentativa passadas 6/12 horas.

Existem alguns autores que em vez de reduzirem a relação sístole/insuflação reduzem o volume de insuflação do balão, efectuando reduções graduais de 10ml, segundo estes autores este procedimento reduz o risco de formação de trombos.

Um cuidado que se deve ter em conta aquando da retirada do balão é o controle laboratorial da APTT (80 segundos), dependendo do seu valor é retirado ou não o cateter. Se for superior é suspensa a heparina e reavaliada a situação uma hora após.

O cateter é retirado após a contrapulsção , é purgado com uma seringa e retirado em simultâneo com a bainha . Quando retirado deve ser feita compressão manual da artéria, acima e abaixo do local da inserção. No momento da retirada deve permitir-se o sangramento, aliviando a pressão distalmente na artéria durante 2/3 segundos, aliviando depois da mesma forma a porção distal, o objectivo desta manobra é evitar a libertação de trombos formados no local da introdução do cateter.

Após a retirada do cateter, é feita compressão local que pode ser feita manualmente ou mecanicamente. Normalmente é utilizada a compressão mista, isto é, faz-se compressão manual nos primeiros 10 a 15 minutos, de seguida é feita compressão mecânica com compressor durante 1/2 horas. A pressão de compressão mecânica ideal supera em 20mmhg a pressão sistólica arterial do doente, embora muitas vezes sejam necessários valores mais altos, quando isto acontece devemos verificar o compressor pois pode estar mal colocado. Neste período é fundamental a vigilância dos pulsos periféricos, a cor dos membros devem estar iguais, bem como a sua temperatura **(ARGULHO, 1999).**

5-Conclusão

Apesar de todos os investimentos em altas tecnologias o número de doentes com incapacidades o óbitos por doenças cardiovasculares permanecem altos. Diversos factores interferem nestes diagnósticos, como hábitos alcoólicos, tabagismos, vida sedentária, alimentação inadequada, falta de exercício e um elevado stress no dia-a-dia. Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, comprometidos com a assistência ao paciente critico estarmos sempre actualizados em busca de conhecimentos e aperfeiçoamento técnico e científico para reverter esta triste realidade. Mais uma vez é de salientar o papel do enfermeiro no ensino ao doente/família.

Este trabalho por mim realizado vai de encontro ao meu local de estagio onde a corrida para a vida é uma luta constante

6 - Bibliografia

ALVES, Alfredo Eduardo et al – “O balão intra-aórtico: da teoria dos cuidados de Enfermagem”. Nursinf. Lisboa. Nº126 (Outubro 1998), p.38-44;

SWEARINGEN, Pamela et al – “Manual de Enfermagem de Cuidados Intervenções de Enfermagem independentes de interdependentes”. 4ª Ed., Lisboa: Lusociência, 2001, p.410;

SWELTZER, Suzanne et al – “Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica”. 8ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p.583;

NETTINA, Sandra – “Prática de Enfermagem”. 6ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.241-243.